

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.



HUITIÈME SÉRIE — TOME SEPTIÈME

CINQUANTE-SIXIÈME ANNÉE

90152 PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1898

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

**La médecine mentale au Congrès de Moscou.
Réponse à M. le professeur de Krafft-Ebing.**

Dans mon article sur le Congrès de Moscou, paru dans le dernier numéro des *Annales*, il s'est glissé une grosse erreur que j'ai hâte de rectifier : inutile d'ajouter qu'elle a été tout à fait involontaire.

En citant le mémoire « sur l'étiologie de la paralysie générale » que M. le professeur de Krafft-Ebing avait lu en séance plénière, j'avais été tout naturellement amené à parler des neuf paralytiques généraux auxquels avait été inoculée la syphilis : je croyais, sur la foi de ce que j'avais entendu dire autour de moi, à Moscou, — car moi-même je n'avais pas assisté à la séance, — que six seulement étaient restés indemnes. En quoi je me trompais. J'ai eu le tort de ne pas contrôler les renseignements que j'avais recueillis.

— M. de Krafft-Ebing, ayant envoyé son mémoire (1)

(1) *Die Aetiologie der progressiven Paralyse*. In *Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie*, II^e heft, Leipzig, 1897, p. 12.

aux *Annales*, je donne ici la traduction littérale du passage en question :

« L'an dernier, j'ai eu sous les yeux neuf observations, qu'un de mes collègues, bien connu par ses travaux scientifiques, et digne de toute confiance, a bien voulu me communiquer.

Elles se rapportent à neuf hommes atteints de paralysie générale, chez lesquels aucun doute ne pouvait subsister sur la nature de la maladie. Ni l'anamnèse la plus minutieuse, ni l'examen le plus méticuleux, faits par des gens compétents, n'ont pu révéler, chez aucun de ces malades, la moindre trace d'une syphilis antérieure.

L'observateur en question, dont je puis garantir la compétence et l'honorabilité, se décida à inoculer la syphilis à ces neuf malades qui paraissaient exempts de toute tare spécifique : c'était le seul moyen de savoir s'il n'existait pas une syphilis latente. Il le fit, tant à cause de l'importance du problème, que parce qu'il était scientifiquement convaincu, que ses malades, arrivés à une période sans espoir d'une maladie fatalement mortelle, n'en éprouveraient aucun dommage.

Le virus qui servit à l'inoculation fut recueilli sur trois sujets atteints de syphilis (1) : une femme avec sclérose initiale, sur laquelle le pus et une partie du tissu cellulaire furent recueillis par râclage avec une spatule tranchante, puis un homme et une femme atteints de plaques muqueuses. Un spécialiste avait au préalable constaté l'extrême virulence du pus chez ces trois malades. Au moyen d'une lancette, mon collègue fit, à chacun des neuf paralytiques généraux, quinze à vingt piqûres, dans lesquelles il inocula le virus.

Sauf un seul, qu'on ne put observer que pendant 72 jours, tous les autres sujets en expérience purent être suivis pendant 180 jours, et soumis à l'observation clinique la plus minutieuse.

Ni aux points d'inoculation, ni aux ganglions, ni sur aucune autre partie du corps, ne se produisit aucune manifestation quelconque de nature syphilitique chez huit de ces paralytiques

(1) Il est possible que là se trouve l'explication de mon erreur. Une oreille peu familiarisée avec l'allemand a pu faire une confusion entre les trois malades ayant fourni le pus de l'inoculation et trois inoculés.

généraux. Et au bout de 180 jours d'observation, on conclut que l'inoculation de la syphilis n'avait produit aucun résultat.

Dans un cas seulement il y eut une réaction locale aux points d'inoculation, mais par suite d'une infection venue du dehors ; ce fut un simple abcès, n'ayant rien de spécifique, comme le constata un éminent syphiligraphe. Chez ce malade non plus il n'y eut, jusqu'au cent quatre-vingtième jour, aucune réaction pouvant être attribuée à la syphilis.

Ainsi se sont réalisées les prévisions de l'expérimentateur. Ses malades n'ont pas éprouvé le moindre dommage du fait de l'inoculation. Pour moi, ces expériences ont une signification certaine : le résultat négatif ne peut s'expliquer que par l'existence d'une syphilis latente antérieure.

Mon collègue, qui désire garder l'anonyme, a certainement rendu un grand service en montrant l'importance, pour la genèse de la paralysie générale, d'une syphilis antérieure ; aux adversaires de la théorie de Kjellberg de montrer maintenant, par des inoculations positives, que ces expériences négatives sont sans signification.

Que ceux qui douteraient de la valeur de ces expériences en comparent le résultat à ceux qu'obtint en 1854 et 1855 un médecin du Palatinat, qui inocula la syphilis à onze individus sains d'esprit et n'ayant jamais été infectés jusqu'alors ; à ceux aussi de Gibert, Guyenot, Bærensprung (1). Toujours, et il fallait s'y attendre, il s'ensuivit une syphilis constitutionnelle.

Du reste, ce qui pouvait faire prévoir encore que les paralytiques généraux sont réfractaires à la syphilis, c'est ce fait, que jamais on n'a vu chez un paralytique général des accidents primaires (2), alors cependant que ces malheureux, au début de leur maladie, ne manquent pas de s'exposer à la contagion, etc. »

Voilà donc qui demeure établi : la syphilis a été inoculée à neuf paralytiques généraux dans les conditions les plus propres à donner la réussite de l'inocula-

(1) Et Auzias-Turenne qui, dès 1844, avait fait les premières expériences de vaccination syphilitique.

(2) J'ai rapporté, en 1879, deux observations de paralytiques généraux avec syphilis secondaire en pleine évolution (in *Ann. méd.-psy.*, 1879, II, p. 311). J'en ai encore recueilli une autre plus tard, mais ne l'ai pas publiée.

tion, et le résultat a été absolument négatif chez les neuf malades.

J'en suis heureux pour eux, et plus heureux encore pour l'opérateur, quoique de cette façon tombent tous mes beaux raisonnements. Car si l'on voulait tirer de cette expérience une conclusion, ce ne pourrait être que celle-ci : que la syphilis est l'antécédent obligé de la paralysie générale. Krafft-Ebing lui-même ne va pas jusque-là, puisque, dans son mémoire, il dit expressément : « En bonne logique, on ne sera pas autorisé à dire que la syphilis est l'élément essentiel dans la genèse de la paralysie générale, tant que l'on ne pourra pas éliminer de la statistique les cas négatifs, comme il en existe incontestablement (page 11) ».

Le problème reste ce qu'il était avant ; on ne peut dire cependant que ce ne soit un puissant argument en faveur de la théorie syphilitique.

Mais la vraie question n'est pas là. Que j'aie rapporté d'une façon inexacte cette partie essentielle du mémoire de Krafft-Ebing, je le regrette assurément. Mais cela ne change rien au fait en lui-même. Or, le fait est celui-ci : qu'il s'est rencontré un spécialiste éminent, qui, pour élucider un problème scientifique, n'a pas craint d'inoculer la syphilis à neuf pauvres diables sans défense, atteints de paralysie générale. Qu'importe, en vérité, qu'ils fussent incurables, voués à une mort certaine, peut-être prochaine ! Avait-on le droit, par surcroît, d'expérimenter sur eux comme « *in anima vili* », ni plus ni moins que si c'étaient des lapins ou des cobayes ?

Nul ne pouvait savoir à l'avance quel serait le résultat de cette tentative. Mais ce que chacun savait et devait savoir, l'expérimentateur anonyme mieux que tout autre, c'est qu'en inoculant à des malades cachectiques et affaiblis un virus qu'on avait eu soin de choisir bien actif, on les exposait à un danger certain. Il est

d'observation banale que la syphilis, en apparence la plus bénigne et la mieux traitée, peut, chez certains individus, prendre tout d'un coup la tournure la plus grave. Si d'aventure l'un ou l'autre des neuf inoculés avait eu des accidents de phagédénisme ou de graves lésions tertiaires, en quelle posture se serait trouvé l'audacieux confrère, et quelle excuse eût-il pu invoquer ?

Il ne sert de rien de rappeler les inoculations faites en France et ailleurs, il y a une quarantaine d'années. Il existait alors une école qui proposait d'inoculer le chancre comme vaccination préventive de la syphilis, tout comme jadis on inoculait la variole. Les résultats ont été déplorables ; j'en ai pu observer moi-même les tristes résultats. Du moins, ceux qui se soumettaient à l'expérience savaient, en général, ce qu'ils faisaient, quels risques ils couraient ; ils avaient leur libre arbitre.

Dans les expériences relatées par M. de Krafft-Ebing dans ces expériences dont l'auteur ne veut pas se faire connaître, où donc est le consentement des victimes ? Comment a-t-il pu se trouver un médecin, et non des moindres, assez peu soucieux de la vie et de la santé des malades confiés à ses soins, pour les exposer de propos délibéré et par simple curiosité scientifique, aux pires dangers ? Et comment M. de Krafft-Ebing, un maître incontesté de la psychiatrie contemporaine, a-t-il pu couvrir ces actes de sa haute autorité, sans un mot de blâme, sans formuler la moindre réserve ?

Voilà ce que, pour ma part, je ne saurais comprendre.

J. CHRISTIAN.

Psychologie morbide.

GÉNIE ET FOLIE

RÉFUTATION D'UN PARADOXE

Par le D^r Albert REGNARD

En cette fin de siècle décadente, un des spectacles les plus écœurants est celui qui nous est offert par d'étranges penseurs, empressés de rabaisser l'Humanité au niveau de leurs déplorables conceptions. Lorsque Moreau (de Tours), qu'on semble ignorer aujourd'hui, crut trouver dans un état pathologique du système nerveux l'explication du génie, il fit de son mieux pour atténuer ce que la théorie pouvait avoir de choquant et, j'oserais dire, d'antihumain. « Comme l'état mixte intellectuel, disait-il, comme l'état mixte affectif, les capacités ou aptitudes intellectuelles transcendantes ont leur source dans un état extra-physiologique des organes de la pensée. Le *génie*, c'est-à-dire la plus haute expression, le *nec plus ultra* de l'activité intellectuelle, une *névrose* ! Pourquoi non ? On peut très bien, ce nous semble, accepter cette définition, en n'attachant pas au mot *névrose* un sens aussi absolu que lorsqu'il s'agit de modalités différentes des organes nerveux, en en faisant simplement le synonyme d'exaltation (nous ne disons pas trouble) des facultés intellectuelles.

« Le mot *névrose* indiquerait alors une disposition particulière de ces facultés, disposition participant tou-

jours de l'état physiologique, mais en dépassant déjà les limites et touchant à l'état opposé, ce qui, d'ailleurs, s'explique si bien par la nature morbide de son origine (1). »

Si l'éminent aliéniste s'était borné, en effet, à faire du mot *névrose* le synonyme d'exaltation des facultés intellectuelles, il n'y aurait pas eu matière à discussion et, en somme, il aurait simplement présenté sous une forme étrange, une vérité banale. Mais en parlant de la « nature morbide » du génie, il démentait la première partie de sa proposition, et par la manière dont il a traité la question d'un bout à l'autre de son livre, il est tombé dans le paradoxe.

Encore n'a-t-il agi, je le répète, qu'avec une certaine discrétion. On n'y fait plus tant de façons, aujourd'hui. Sans sourciller, et comme s'il s'agissait de la chose la plus simple du monde, on vous met dans le même sac les fous, les criminels et les grands hommes. — Eh quoi ! me dira-t-on, puisque vous avez franchi le pas, en acceptant l'assimilation, dans une certaine mesure, entre les fous et les criminels, qui vous retient d'aller jusqu'au bout (2) et d'accepter toutes les idées « modernes » sur la matière ?

Mais c'est que les idées ne sont pas justes uniquement parce qu'elles sont « modernes ». C'est aujourd'hui une vérité irrémédiablement démontrée que les criminels, comme les fous, sont des *dégénérés*, des atypiques, des malades, si vous tenez à cette dernière expression. Ce sera la gloire de M. Lombroso, d'avoir confirmé la réalité de cette théorie, d'ailleurs proposée par d'autres.

(1) J. Moreau (de Tours). *La Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire ou de l'influence des névropathies sur le dynamisme intellectuel*, p. 464. Paris, Masson, 1859.

(2) Voy. mon article *Criminalité*, dans le *Dictionnaire de médecine usuelle*, de Labarthe. Paris, Marpon et Flammarion, 1882.

Quel bonheur pour lui, s'il eût su se reposer sur ses lauriers!

- Mais ceux que Jupiter veut perdre, il les avengle; et c'est ainsi que l'auteur de l'*Uomo delinquente* s'est lancé sur une mauvaise piste, au bout de laquelle il ne pouvait trouver que la culbute.

Malheureusement, il a entraîné à sa suite un certain nombre de chercheurs, et ces nouveaux dogmatiques n'ont pas hésité à se draper dans le manteau des philosophes et à se réclamer de la science, risquant ainsi de justifier, en apparence, le dernier aphorisme de l'Ecole de la foi à ce sujet. C'est là un crève-cœur, et véritablement le coup de pied de l'âne pour les philosophes matérialistes — il en existe encore (1) — qui voient la

(1) « De fait, parmi les philosophes de quelque valeur, où sont aujourd'hui les matérialistes? C'est une espèce disparue. » A. Fouillée. *Le Mouvement idéaliste en France*, in *Revue des Deux Mondes*, mars 1896, p. 275.

Je ne voudrais pas ici dogmatiser. Mais comme je déteste les compromis et les sous-entendus, on me permettra de préciser mon opinion. Non, il n'existe plus de matérialistes au sens de Littré et de M. Fouillée, c'est-à-dire de soi-disant philosophes admettant que la matière est « ce que nous la concevons par les sciences physiques » et que « l'esprit se ramène à des atomes de corps simples ». Je crois même qu'il n'en a jamais existé, ce dualisme idiot constituant un matérialisme d'occasion que les adversaires ont tiré de leur propre cervelle pour en avoir plus facilement raison.

Mais il existe encore, et il existera toujours, des penseurs croyant à l'éternité du monde et à la réalité de la substance à la fois étendue et pensée, matière et force, corps et mouvement. Que si l'on objecte : Mais c'est du panthéisme! Je répondrai qu'on a rangé sous ce titre deux doctrines absolument opposées. Il y a, d'une part, le panthéisme ou monisme religieux de Herr von Hartmann et consorts. Ce n'est qu'un théisme déguisé et qui n'a aucune chance de succès dans notre pays où l'on a très peu de tendance à se laisser aller aux absurdités d'un Schelling, par exemple, qui tomba du panthéisme dans le christianisme et finit par l'idiotisme. Mais il y a, d'autre part, le panthéisme de Spinoza et des Encyclopédistes, c'est une formule différente pour désigner la doctrine essentiellement positive qui considère l'univers comme le grand Tout, infini et incréé, excluant, par conséquent, toute idée de puissance extérieure et surnaturelle, d'âme immor-

vérité compromise une fois de plus par les théories stupéfiantes de soi-disant adeptes, égarés sur un terrain qu'ils ne connaissent pas. C'est pourquoi j'ai voulu démontrer définitivement l'inanité de ces théories que j'avais depuis longtemps dénoncées, et qui ne tendent à rien moins qu'à ruiner la notion même de l'Humanité en établissant entre la folie et le génie — entre ce qu'il y a de plus bas, d'une part, de plus sublime de l'autre — une affinité monstrueuse dont la preuve apparente ne repose que sur un échafaudage de sophismes.

I

S'il était jamais possible de concevoir un lien de parenté entre le génie et la folie, ce ne pourrait être qu'en se plaçant au point de vue de l'hypothèse spiritualiste. Rien de plus simple pour les fidèles qui donnent dans la chimère de l'âme immatérielle ; une pareille entité, vestige des rêves « préhistoriques », serait susceptible de toutes les contradictions, le Dieu dont elle émane pouvant lui souffler, à son gré, le génie ou la folie. Les spiritualistes ne sont pas logiques ; en s'élevant contre la théorie nouvelle, ils abandonnent un des plus précieux privilèges de leur doctrine. Car c'est l'avantage d'une âme immatérielle, de paraître « bonne à tout », indépendante du phénomène, *inconditionnée*,

telle et de libre arbitre. D'Holbach n'hésite pas à attribuer à son *Système de la Nature* la dénomination de panthéisme, qu'il considère à bon droit, en ce sens, comme synonyme d'athéisme. Panthéisme matérialiste ou matérialisme, c'est tout un.

En face de cette doctrine unitaire et adéquate, qui n'a pas besoin de s'affubler du nom de *monisme*, déjà plus compromis que celui de panthéisme — je n'en distingue qu'une autre, quelles que soient ses formes, également dans tous les temps ; celle de la métaphysique transcendante et de la théologie, que je persiste à désigner sous le titre inévitable de spiritualisme. (Voy. la préface de ma traduction de *Force et matière*, de Buchner, 7^e édit. française, p. XXXVII. Paris, Reinwald, 1894.)

et, dans son mode unique, susceptible de folie tout aussi bien que de génie.

Mais voilà ! Le monde est plein de contradictions, surtout le monde des métaphysiciens : ce furent précisément ces esprits « élevés », les hommes éclectiques et « sublimes » de la suite de Victor Cousin, qui crièrent à l'abomination quand Lélut tenta de prouver que l'âme de Socrate n'allait pas sans un grain de folie. Quoi ! le maître de Platon et le maître de toute philosophie, selon eux — on osait l'envoyer à Anticyre — *Anticyram naviget !* Tas de médecins ! Allez donc charcuter vos charognes et laissez-nous l'intelligence ; à nous seuls philosophes, il appartient de la disséquer !

Ici, on me permettra d'ouvrir une parenthèse. Il est de mode, dans le public, de traiter les médecins de matérialistes et, le plus souvent, par euphémisme, de positivistes ; à ce dernier point de vue, les hommes de science devraient au moins savoir que, chez nous, les seuls sectateurs d'Auguste Comte se réclament de ce dernier titre, rejetant avec fracas celui de matérialistes, encore que leur doctrine soit essentiellement athée. Mais s'il est vrai que les plus grands entre les médecins, les Galien, les Cabanis, les Broussais ont été absolument émancipés de toute conception métaphysique et religieuse, ce n'est nullement le cas de la majorité. L'histoire nous montre tous les systèmes philosophiques, depuis les plus parfaits jusqu'aux plus baroques, représentés dans l'évolution des doctrines médicales et, c'est précisément par des médecins, par un Stahl, par un Heinroth, qu'ont été débitées les plus violentes inepties touchant le rôle de l'âme « immortelle » dans la genèse et la marche des maladies.

« La folie, dit notamment Heinroth, est la perte de la liberté morale : elle ne dépend jamais d'une cause physique, elle n'est pas une maladie du corps, mais une

maladie de l'esprit, *un péché*. Elle n'est pas, elle ne peut pas être un mal héréditaire, parce que le moi pensant, l'âme, n'est pas héréditaire (1). » Ce qui est parfaitement logique, ladite âme immatérielle et non héréditaire — bien sûr ! — n'ayant, du moins, que l'hérédité « divine » ne peut devenir malade que par le fait d'une « mauvaise conduite ». Le médecin Heinroth ne nous l'envoie pas dire : « L'homme qui a, pendant toute sa vie, devant les yeux et dans son cœur l'image de Dieu, n'a pas à craindre de jamais perdre la raison. » C'est clair !

Mais aujourd'hui, en dépit du mysticisme de l'époque, du mouvement néo-chrétien et autres, les hypothèses spiritualistes n'ont plus lieu dans le domaine de la science. Ce qui pouvait convenir à un soi-disant principe immatériel pensant, inconditionné, ne peut plus s'accorder avec la réalité de la substance, toujours déterminée dans ses modes. Rappelons d'abord ce principe, établi par Broussais, à savoir : que la maladie est le résultat du fonctionnement irrégulier des organes altérés (2). Or, tous les savants dignes de ce nom admettent la réalité de la proposition suivante, que je me borne à formuler :

PROPOSITION. — *La pensée est une fonction du cerveau (3), particulièrement des cellules nerveuses de la substance grise de l'écorce.*

Personne, cela étant admis, ne contestera la réalité

(1) Cité par Leuret. *Traitement moral de la folie*. Paris, 1840, p. 146. — Cf. Lasègue et Morel. *Etudes historiques sur l'aliénation mentale; Ecole psychique allemande; Heinroth*, in *Annales médico-psychologiques*, 1844, p. 157. Heinroth, né en 1783, à Leipzig, est mort en 1843.

(2) Quelle que soit d'ailleurs la cause prochaine. Il est évident que l'invention des microbes ne modifie en rien cette définition.

(3) « Car intellect et cerveau ne sont qu'un » dit Schopenhauer. *Le Monde comme volonté et comme représentation*, trad. Burdeau, t. III, p. 206. Paris, Alcan.

des deux définitions suivantes, nécessaires à préciser avant tout développement :

DÉFINITION 1^{re}. — *La folie est le trouble de la pensée.*

DÉFINITION 2. — *Le génie est l'état de plénitude et d'épanouissement de cette même pensée.*

Cela posé, de la précédente proposition découlent nécessairement ces deux corollaires :

Corollaire 1. — La folie est le résultat de l'altération des cellules nerveuses de la substance grisée de l'écorce cérébrale.

Corollaire 2. — Le génie est le résultat du fonctionnement de ces mêmes cellules à leur plus haut degré de santé et de perfection. L'axiome demeure inébranlable : *mens sana in corpore sano*, à la condition d'entendre ici par *corpore* les cellules en question.

Voilà qui paraît démontré par les règles implacables de l'entendement. Par malheur, les recherches des causes, en dehors de tout esprit critique, chez les uns, le désir de se singulariser chez les autres, ont remis en question ces vérités, beaucoup plus éternelles pourtant que celle de la théologie, même la plus « naturelle ». D'après Moreau (de Tours), comme on l'a vu plus haut, le génie est une névrose et, le dernier enchérisseur, M. Lombroso, jaloux de préciser, en a fait une forme de l'épilepsie !

Si c'était vrai, il faudrait bien s'incliner ; comme on l'a si bien dit : « Le vrai d'abord, et que le beau et le bien s'en tirent comme ils pourront. » Mais on n'a pas vu, jusqu'ici, la découverte de la vérité, même la plus inattendue, faire pâlir l'idée de justice ou de beauté ; ce qui serait un motif de plus pour regarder comme dépourvue de tout fondement, l'hypothèse du « génie-folie ». Cependant, en présence des affirmations des adeptes, il n'est pas possible de se borner à la dédaigner. Dans sa critique du livre de M. Joly : *La Psychologie des grands*

hommes, M. Charles Lévêque reproche à l'auteur d'avoir pris les choses trop à la légère et de n'avoir pas réfuté les théories de Moreau (de Tours) et de Lombroso. « Quant à cette dernière opinion, dit-il, M. H. Joly ne croit nullement qu'elle ne mérite pas d'être combattue ; il juge seulement qu'elle a été assez réfutée par M. Albert Lemoine (1) dans son livre sur *L'Ame et le corps*, et par M. Paul Janet (2) dans son ouvrage intitulé : *Le Cerveau et la pensée*. Il renvoie donc aux pages spirituelles de celui-ci et aux analyses de celui-là. Mais pourquoi n'a-t-il pas cité au moins quelques-uns des arguments de ces deux observateurs ? Leurs raisons les plus fortes eussent été tout à fait à leur place (3). » Hélas ! je crains fort qu'aux yeux de M. Joly « leurs raisons les plus fortes » n'aient paru bien faibles : de sorte qu'il a préféré, lui aussi, s'en tenir à de simples affirmations, ou peu s'en faut.

La vérité est que la théorie réfutée par la raison autant que par l'intuition semble réunir, à son actif, un nombre si imposant de faits, qu'il faudrait bien convenir — ces faits étant reconnus exacts, — que la raison s'est trompée et que l'intuition s'est fourvoyée. C'est pourquoi il est nécessaire d'entrer dans le détail de toutes ces observations, de les contrôler, en faisant, avec le moins d'irritation possible, la part de l'erreur et du sophisme et celle de la vérité. C'est une tâche difficile, qui a été déjà entreprise (4), mais qu'à mon avis, on n'a pas achevée.

La première chose à faire est de se rendre un compte

(1) Cf. A. Lemoine. *L'Ame et le corps*, p. 233 sq., Paris, 1862.

(2) Cf. Paul Janet. *Le Cerveau et la pensée*, p. 87 sq., Paris, 1867.

(3) Charles Lévêque. *La Psychologie des grands hommes*, in *Journal des Savants*. Mai 1884, p. 239.

(4) Cf. W. Hirsch. *Genie und Entartung. Eine psychologische Studie*. Berlin, 1894.

exact de ce qu'on entend par les mots *génie* et *folie*. Pour le génie, d'abord, il est assez surprenant que les fauteurs de l'hypothèse de sa parenté avec la folie n'aient pas jugé à propos de bien définir le terme. Je sais bien que certains mots portent, pour ainsi dire, leur définition en eux-mêmes. Cependant, il n'aurait pas fallu oublier qu'un désaccord s'était établi touchant la signification du mot génie, depuis que le fameux Kant avait jugé convenable de se livrer à ce sujet aux considérations suivantes : « Le génie, dit l'inventeur de l'*impératif catégorique*, est le talent de produire ce dont on ne peut donner de règle déterminée, et non pas l'habileté qu'on peut montrer en faisant ce qu'on peut apprendre suivant une règle... Tout le monde s'accorde à reconnaître que le génie est tout à fait opposé à l'esprit d'imitation. Comme apprendre n'est pas autre chose qu'imiter, la plus grande faculté d'apprendre ne peut, comme telle, passer pour du génie... Ainsi, tout ce que Newton a exposé dans son immortel ouvrage des principes de la philosophie naturelle, quelle que forte tête qu'il ait fallu pour trouver de telles choses, on peut l'apprendre; mais on n'apprend pas à composer de beaux vers, si détaillés que soient les préceptes de la poésie et si excellents qu'en soient les modèles (1). »

Voici encore une énormité, échappée à la plume de ce philosophe, que Schopenhauer, après tout, n'a tant exalté que pour l'aplatir ensuite, paraissant ainsi démontrer sa propre supériorité par rapport au « plus grand » des penseurs et par conséquent, en ce qui le concerne, lui, Schopenhauer (2), sa suprématie universelle.

« *Inventer* ou *découvrir* quelque chose, dit le même

(1) Kant. *Critique du jugement*, trad. Barrié. Paris, 1846, t. I, p. 253-255.

(2) Voy. sa *Critique de la Philosophie de Kant*.

Emmanuel Kant, sont fort différents l'un de l'autre. En effet, la chose qu'on découvre existe avant qu'elle soit découverte. Ce qu'on invente, au contraire, est absolument inconnu avant l'artiste qui le produit. Le talent de l'inventeur s'appelle génie. » Ainsi, l'Amérique et la circulation du sang existaient avant Colomb et Harvey, cela n'est pas douteux ; aussi, ces gens-là ne sont-ils pas des génies. Mais parlez-nous de Wieland ; en voilà un ! Cela ne paraît pas vraisemblable ; c'est pourtant vrai, comme dit Boileau, et ces choses se peuvent lire au paragraphe 56 de l'*Anthropologie* (1).

Sans doute, en Allemagne même, la réfutation ne se fit pas attendre : « Certainement, dit Jean Paul, on peut apprendre les *Principes* de Newton comme on peut apprendre des vers ; mais on ne peut pas plus apprendre à trouver les *Principes* de Newton qu'à imaginer des poèmes » (2). N'importe, le coup était porté, et bien des gens, encore aujourd'hui, n'admettent que le génie dans l'art.

Kant, au surplus, nous fait l'effet d'avoir tout simplement pillé Helvétius, dont il a dénaturé les idées, en s'efforçant de les raffiner sans les bien entendre.

Voici ce que dit notre grand philosophe :

« Le public place également au rang des génies, les Descartes, les Newton, les Locke, les Montesquieu, les Corneille, les Molière, etc. Le nom de génies qu'il donne à des hommes si différents, suppose donc une qualité commune qui caractérise en eux le génie.

« Pour reconnaître cette qualité, remontons jusqu'à l'étymologie du mot *génie*, puisque c'est communément dans ces étymologies que le public manifeste le plus clairement les idées qu'il attache aux mots.

(1) Traduction Tissot, p. 172. Paris, 1863.

(2) Jean-Paul. *Das Kampaner Thal*. 50^{es}. Station (p. 21, de l'édition Philipp Reclam).

« Celui de *génie* dérive de *gignere, gigno; j'enfante, je produis*; il suppose toujours *invention* : et cette qualité est la seule qui appartienne à tous les génies différents.

« Les inventions ou les découvertes sont de deux espèces. Il en est que nous devons au hasard ; telles sont la boussole, la poudre à canon, et généralement presque toutes les découvertes que nous avons faites dans les arts.

« Il en est d'autres que nous devons au génie : et, par ce mot de découverte, on doit alors entendre une nouvelle combinaison, un rapport nouveau aperçu entre certains objets ou certaines idées. On obtient le titre d'homme de génie, si les idées qui résultent de ce rapport forment un grand ensemble, sont fécondes en vérité, et intéressantes pour l'humanité (1). »

Et plus loin :

« Il est impossible qu'un grand homme ne soit pas toujours annoncé par un autre grand homme. Les ouvrages du génie sont semblables à quelques-uns de ces superbes monuments de l'antiquité, qui, exécutés par plusieurs générations de rois, portent le nom de celui qui les achève...

« Quelque rôle que je fasse jouer au hasard, quelque part qu'il ait à la réputation des grands hommes, le hasard ne fait rien qu'en faveur de ceux qu'anime le désir vif de la gloire.

« Ce désir, comme je l'ai déjà dit, fait supposer sans peine, la fatigue de l'étude et de la méditation. Il donne un homme de cette constance d'attention nécessaire pour s'illustrer dans quelque art ou quelque science que ce soit. C'est à ce désir qu'on doit cette hardiesse

(1) Helvétius. *De l'Esprit*. Paris, 1759, p. 356. Discours IV, chap. 1^{er}.

de génie qui cite au tribunal de la raison les opinions, les préjugés et les erreurs consacrées par les temps (1). »

Dans un ordre d'idées tout opposé à celui de Kant, nous avons la belle définition de M. Pierre Laffitte, l'éminent directeur actuel du positivisme : « Un grand homme, c'est celui qui résout, pour les successeurs, un problème difficile posé par les prédécesseurs. » Malheureusement, cette formule, adéquate pour ce qui regarde les grands politiques, les philosophes et les savants, me semble exclure à son tour, le génie dans l'art. Je ne vois pas que les drames d'un Eschyle ou d'un Euripide soient inférieurs à ceux d'un Racine ou d'un Corneille ; je trouve même que c'est le contraire, à tous les points de vue. Je comprends bien que les horreurs byzantines et les tâtonnements indispensables des Primitifs aient posé de nouveau le problème du beau dans la peinture, résolu définitivement par Raphaël, Léonard, le Titien et leurs émules ; c'est là un point sur lequel tout le monde tombera d'accord, quand la mode aura pris fin de ce « pré-raphaélisme » dont l'Angleterre, — qui nous l'a repassée, — est à peu près guérie aujourd'hui. Mais cette préparation ne fut nécessaire que parce qu'on avait oublié l'antiquité. Les sculptures du Parthénon ne le cèdent en rien au *Moïse* de Michel-Ange, si tant est qu'elles ne le dépassent de beaucoup et, d'une façon générale, il n'y a plus eu de problème à résoudre, depuis le siècle de Périclès et de Phidias, dans le domaine des arts plastiques.

Restons dans les généralités et disons avec Carlyle : Le génie, c'est la caractéristique des grands hommes, des héros, pour emprunter son expression, et plus exactement dans notre langage des *Héros de l'Humanité*. « L'histoire du monde est, au fond, l'histoire des grands

(1) *Ibid.*, p. 358 sq.

hommes qui ont travaillé ici-bas. Ceux-là furent les chefs, les types et, dans le sens large du mot, les créateurs de tout ce que la masse des humains a pu réaliser ou atteindre ; tout ce que nous voyons, tout ce que nous avons vu s'accomplir dans le monde est, à proprement parler, le résultat matériel et apparent, la réalisation positive et l'incarnation des pensées des grands hommes ; l'âme de l'histoire du monde n'est que leur histoire même (1). »

Qu'ils s'appellent Aristote, Périclès ou Shakespeare, ajouterai-je, ceux-là sont des génies qui, appartenant à une race supérieure (2), ont résumé dans leur œuvre, et pour leur temps, les acquisitions du passé, la quintessence du présent et les aspirations de l'avenir.

Et loin que l'esthétique soit le domaine exclusif du génie, je dirai encore, contre Kant, que celui-ci se manifeste plus complet, plus essentiellement humain, dans la science et la philosophie, aussi bien que dans la politique. Certes, la masse prend sa part de la tâche, prépare le terrain pour l'éclosion des grands hommes. « Mais sans leur action indispensable, aucun progrès ne se peut réaliser. Ils sont la vitalité des peuples qui, sans eux, s'étiolent et périssent. Sans doute, ils sont aussi une résultante, et, à cet égard, malheur aux nations qui n'en produisent plus ! Malheur aussi à celles qui les méconnaissent ! Il n'y a pas de signe plus certain de l'épuisement d'une race, comme il n'y

(1) Carlyle. *On Heroes* (1840). Lecture I, page 1 (de la *People's edition*).

« S'il manquait trente personnes (trente certaines personnes, bien entendu) dans l'histoire du monde, dit M. Pierre Laffitte, l'état mental de l'Humanité serait extrêmement médiocre. » (Cours de Sociologie fait à la salle Gerson, leçon du 4 fév. 1883, inédit.)

(2) « Un Zoulou supérieur à ses compatriotes, sera un grand Zoulou, mais rien de plus », dit excellemment M. H. Joly. (*Psychologie des grands hommes*, p. 41, 2^e édit. Paris, 1894.)

en pas de plus assuré de l'imbécillité des individus (1). »

Cette doctrine, qu'on l'entende bien, n'a rien de commun avec l'inepte théorie des « hommes providentiels », dite encore du « doigt de la Providence », en vertu de laquelle des grands hommes surgiraient mystiquement dans les moments critiques, pour le salut des peuples. Une autre niaiserie consiste à voir, dans leur apparition, l'« effet unique des circonstances. Le siècle les appelle, dit-on. Hélas ! que nous avons vu de siècles appeler leur grand homme, sans le trouver ! Il n'était pas là ; la Providence ne l'avait pas envoyé, et le siècle, l'appelant de plus en plus fort, finissait par s'abîmer dans la ruine et la confusion, parce que le n'avait pas répondu à son appel (2). »

Quelle que soit la théorie qu'on admette, c'est dans le cerveau, dans les aptitudes psychiques que l'on va, d'un commun accord, chercher la caractéristique essentielle du génie et, parmi ces aptitudes, dans la mentale ou intellectuelle. Non pas que l'activité, la volonté y soient étrangères, l'absence de ces qualités au contraire amenant, dans un grand nombre de cas, l'avortement du grand homme ; de même pour les facultés affectives, indispensables surtout dans le domaine de l'esthétique, mais nécessaires dans tous les cas (3).

Mais enfin, ce n'est ni dans la volonté, ni dans le sentiment, c'est dans l'intelligence même qu'il faut chercher la caractéristique essentielle du génie. Et dans quelle partie de l'intelligence ?

(1) A. Regnard. *L'Etat, ses origines, sa nature, son but*, p. 63, 1 vol. in-8, 1885.

(2) Carlyle, *loc. cit.*, p. 12.

(3) « Il faut de la moralité, surtout des sentiments élevés chez le grand homme ; pour le devenir, on s'expose parfois à mourir de faim. Guizot, par exemple, n'a rien produit, parce qu'il a voulu être un personnage officiel, et ainsi de tant d'autres ; j'entends ici la haute moralité ; je ne parle pas des petits détails. » (Pierre Lafitte, *loc. cit.*).

Non pas dans l'ensemble des idées de l'ordre abstrait, ou concepts, en un mot « dans ce qu'on a de tout temps appelé raison (1) ; » mais bien dans l'*entendement* proprement dit qui, par l'*intuition*, nous donne la connaissance du monde extérieur. « Toute force, toute loi, toute circonstance de la nature où elles se manifestent, doivent d'abord être perçues par intuition, avant de pouvoir se présenter à l'état abstrait aux yeux de la raison dans la conscience réfléchie. Ce fut une conception intuitive et immédiate de l'entendement que cette découverte due à R. Hooke, et confirmée ensuite par les calculs de Newton, permettant de réduire à une loi unique des phénomènes si nombreux et si importants. Il en est de même de la découverte de l'oxygène par Lavoisier, avec le rôle essentiel que joue ce gaz dans la nature ; ou encore de celle de Goethe sur le mode de formation des couleurs naturelles.

« Toutes ces découvertes ne sont autre chose qu'un passage immédiat et légitime de l'effet à la cause, opération qui a conduit bientôt à reconnaître l'identité essentielle des forces physiques agissant dans toutes les causes analogues ; tout ce travail scientifique est une manifestation de cette constante et unique fonction de l'entendement, qui permet à l'animal de percevoir la cause qui agit sur son corps comme un objet dans l'espace. Il n'y a qu'une simple différence de degré. Ainsi, une grande découverte est, au même titre que l'intuition et que toute manifestation de l'entendement, une vue immédiate, l'œuvre d'un instant, un « aperçu » (*sic*), une idée, et nullement le produit d'une série de raisonnements abstraits ; ces derniers servent à fixer, pour la raison, les connaissances immé-

(1) « Kant est le seul qui ait observé cette conception de la raison », Schopenhauer, *loc. cit.*, t. I, p. 7.

diates de l'entendement, en les enfermant dans des concepts ; autrement dit, à les rendre claires et intelligibles, propres à être transmises et expliquées aux autres (1) ».

Voilà donc, pleinement indiquée, la caractéristique essentielle du génie : c'est, dans l'entendement, l'intuition à sa plus hante puissance. Le grand homme, en vertu de cette qualité, de cette aptitude, *sublimée*, pour ainsi dire, perd de plus en plus conscience de lui-même pour s'identifier avec le monde extérieur. « Pour parler sans métaphore, dit encore Schopenhauer, le génie consiste dans un développement considérable de la faculté de connaissance, développement supérieur aux besoins du service de la volonté... *L'essence du génie est donc un excès anormal d'intelligence, dont le seul emploi possible est l'application, à la connaissance, de ce qu'il y a de général dans l'être ; il est donc consacré au service de l'humanité entière, comme l'intellect normal l'est à celui de l'individu* (2.) » Admirable définition et complètement adéquate, surtout quand on y aura joint la proposition suivante : « L'état requis pour une objectivité pure de l'intuition (caractéristique essentielle du génie) comporte la *perfection du cerveau* et, en général, *tout ce qui, dans sa constitution physiologique, favorise son activité* (3). »

C'est par l'intuition qu'un Shakespeare et un Molière, mis en présence de deux pièces médiocres et fantasmagoriques, voient immédiatement le parti à en tirer et créent ces deux chefs-d'œuvre qui s'appellent *Hamlet* et *Don Juan*. C'est grâce à l'intuition qu'un Alexandre conçoit la possibilité de donner à la civilisation grecque l'empire du monde et qu'un Richelieu entrevoit la con-

(1) A. Schopenhauer, t. I, p. 23.

(2) *Ibid.*, loc. cit., t. III, p. 189.

(3) *Ibid.*, t. III, p. 179.

solidation de la grandeur et de l'unité françaises par l'écrasement de la noblesse protestante à l'intérieur et par le relèvement et le triomphe du protestantisme à l'extérieur; l'énergie et la persistance, qui sont aussi des qualités du génie, leur permettent de mener à bien l'une et l'autre entreprise.

L'intuition correspond, en ce sens, à ce qu'on appelle vulgairement « inspiration », terme qui pouvait avoir toute sa force au temps heureux où l'on croyait aux Muses, « déesses partout présentes et sachant toutes choses (1) ». D'autre part, elle rentre aussi, surtout pour ce qui regarde l'esthétique, dans la définition donnée par le plus grand des philosophes : « L'épopée, dit Aristote, la tragédie, le dithyrambe, la musique, tout cela c'est, au fond, et en général, de l'imitation : *πᾶσαι τυγχάνουσιν οὔσαι μίμησις το σύνολον* (2) ».

Oserai-je dire que Jean Paul n'a rien voulu comprendre à cette définition ? De fait, il y introduit une notion de beauté, absolument étrangère, dans l'espèce, à la pensée de l'auteur (3). Il ne s'agit, en effet, ni de nihilisme, ni de matérialisme, ni de l'exclusion de l'un et de l'autre ; mais simplement de cette vérité, à savoir que l'artiste ne peut reproduire que des personnages ou des sentiments existants. « Ce sont des êtres humains que la tragédie et la comédie mettent en jeu, dit très bien — pour une fois ! — Barthélemy Saint-Hilaire ; le poème épique n'a pas d'autres éléments. La peinture, la sculpture reproduisent l'homme et d'autres êtres naturels. La musique n'excite en nous que des sensations déjà connues et des passions qu'elle n'invente point (4) ».

(1) *Iliad.*, II, v. 485.

(2) Aristote. *Poet.*, 2.

(3) Jean Paul. *Vorschule der Aesthetik*, I, § 1.

(4) Barthélemy Saint-Hilaire. Traduction de la *Poétique* d'Aristote (Préface, p. XII).

C'est dans le même sens que Schopenhauer a dit : « Toute œuvre d'art tend donc à nous montrer la vie et les choses telles qu'elles sont dans leur réalité, mais telles aussi que chacun ne peut les saisir immédiatement à travers le voile des accidents subjectifs et objectifs ». C'est l'intuition qui, chez l'homme de génie, fait tomber ce voile.

Cette propriété qu'ont les grands hommes d'apercevoir immédiatement et d'un seul coup ce qui reste caché au commun des mortels, répond également, pour une part, à ce qu'on a appelé le caractère instinctif, « l'instinctivité » du génie. C'est là pour Jean Paul la marque essentielle, le signe. La force dominante chez le poète, selon lui, c'est l'inconscient. « Par là, un des plus grands, comme Shakespeare, découvre et livre des trésors qu'il ne peut pas plus apercevoir que son propre cœur dans sa poitrine... Si nous avions une conscience complète de nous-mêmes, nous serions nos propres créateurs, nous serions infinis. Un sentiment, qu'on ne peut effacer, met en nous, au-dessus de toutes nos créations, quelque chose d'obscur qui n'est pas notre création, mais plutôt notre créateur. Ainsi nous marchons, comme Dieu parut au Sinaï, avec un bandeau sur les yeux... L'instinct, c'est le sens de l'avenir, il est aveugle, mais comme l'oreille est aveugle par rapport à la lumière, et l'œil sourd par rapport au son.... C'est à lui que nous devons d'abord la religion — la crainte de la mort — la superstition — la divination — puis la soif de l'amour — la croyance au diable — le romantisme, cette matérialisation du monde spirituel, aussi bien que la mythologie grecque, cette divinisation du monde matériel (1). » Après ces considérations générales, J. P. Richter passe à l'examen de l'instinct chez

(1) Jean-Paul, *loc. cit.*, p. 77 sq.

l'homme de génie, c'est-à-dire, suivant son expression, de la *matière géniale* (*genialen Stoff*). Le « génie dans son essence, possède et manifeste un attribut essentiel : une conception, une intuition nouvelle du monde... Une mélodie court parmi toutes les stances du chant de la vie : le poète n'en crée que la forme extérieure... Lorsqu'il se rencontre des hommes chez lesquels l'instinct du ciel parle plus haut et plus clairement que chez d'autres, s'il leur apprend à concevoir aussi celui de la Terre, alors on voit l'harmonie et la beauté rayonner de ces deux mondes et en former un Tout... et cela, c'est le génie, — et la réconciliation du ciel et de la terre, c'est l'idéal (1) ».

N'oublions pas que nous sommes ici en plein dans l'ère « des sophistes postérieurs à Kant », comme dit Schopenhauer. Mais, à travers le transcendantalisme des métaphores, on aperçoit très bien l'identité des conclusions de J. P. Richter avec celles de ce dernier philosophe ; c'est l'inconscient qui, sous l'aspect de l'intuition, réalise le génie.

Dans son intéressant volume sur la *Psychologie des grands hommes*, M. Henri Joly semble avoir, de parti pris, méconnu complètement cette vérité. En sa qualité de champion du libre arbitre, il ne peut admettre que rien d'humain s'accomplisse au dehors de la volonté, par quoi il entend un phénomène toujours libre et inconditionné (2). Ce n'est pas le lieu de discuter l'hypothèse du libre arbitre ; disons seulement qu'elle aurait reçu le coup de grâce, si elle en avait eu besoin, par le fait de la démonstration irréfutable du caractère intuitif, inconscient, du génie ; ce qui n'est d'ailleurs que l'exagération des phénomènes normaux observés chez le com-

(1) *Ibid.*

(2) Joly, *loc. cit.*, p. 213 sq.

mun des mortels (1). Pas n'était besoin de s'en prendre à ce pauvre M. de Hartmann, dont l'inconscient finit par apparaître comme le Dieu quasi personnel sortant « de la machine » de son panthéisme aussi ridicule que religieux. Et ce n'est pas seulement dans Jean Paul, c'est chez Schiller et chez Goethe que se retrouve la vraie théorie.

« J'ai combattu Schelling, écrit Schiller. le 27 mars 1801, à propos de cette assertion émise par lui dans sa *Philosophie transcendante*, à savoir que la nature procède l'« inconscient au conscient », tandis que l'art suit la marche inverse. Pour ce qui regarde l'opposition entre l'art et la nature, il a raison. Mais je crains fort que Messieurs les idéalistes, pour l'amour de leurs idées, ne négligent un peu trop le fait, l'expérience ; dans le fait, le poète aussi commence par l'inconscient et il doit s'estimer trop heureux si, par la conscience de ses opérations, après le travail accompli, il arrive à retrouver la première et obscure idée d'ensemble de son œuvre. Sans une telle idée obscure, mais puissante, antérieure à toute technique, aucune œuvre poétique n'est possible, et la poésie, même, me semble consister en ceci : pouvoir exprimer et communiquer cet inconscient, c'est-à-dire le transformer en un objet (2). » La réponse de Goethe n'est pas moins intéressante. « Je suis tout à fait de votre avis et je vais même plus loin. Je crois que tout ce que le génie exécute, il le fait d'une façon inconsciente ; aucune œuvre de génie ne peut être perfectionnée par la réflexion affranchie de ses défants. Mais le génie peut, par la réflexion, s'élever peu à peu au point de produire des œuvres par-

(1) Cf. C. Ribot. *Les Maladies de la volonté*. Paris, Alcan, 1884.

(2) *Goethes, Schillers, Briefwechsel*, t. VI, p. 33, n° 784. (Cité dans l'important article *Génie*, de l'Encyclopédie de Ersch. und Grüber.)

faites (1) ». C'est là, pour une part, ce que Goethe appelle le *démoniaque*, expression qui chez ce grand athée, ai-je besoin de le dire, n'a aucun rapport avec les niaiseries du transcendantalisme religieux ou métaphysique. L'auteur de *Faust* nous montre aussi, du même coup, le rôle de la réflexion dans l'œuvre de génie. Cela, personne que je sache, n'a songé à le nier, et M. Joly a bien tort de perdre son temps à établir un fait incontesté et incontestable. Mais il n'est pas vrai que « ce qu'on appelle inconscient dans la vie intellectuelle, dans l'art et dans la science, soit de la réflexion accumulée (2) ». En vain il nous cite la *Joconde* « restée quatre ans sur le chevalet » ! Mais d'abord, je crois bien, — et je ne suis pas le seul — que si le grand Léonard y a mis tout ce temps-là, c'est sans doute un peu pour l'amour de l'art, mais beaucoup, assurément, pour celui du modèle. Dans tous les cas, l'intuition du premier coup a fait tomber pour lui les voiles qui dérobent au commun des mortels la beauté dans sa réalité objective, et d'emblée, il a vu sur la toile, dans son ensemble, le visage voluptueux et merveilleux dont les traits, encore qu'obscurcis, nous ravissent toujours. La réflexion, au cours du travail matériel, a contribué à l'achèvement de l'œuvre, en la ramenant enfin au point de départ, à l'idée d'ensemble entrevue dès le début.

L'intuition, à sa plus haute puissance, attribut essentiel du génie, ne va pas sans l'imagination, cela n'est pas douteux ; mais, ici, il faut s'entendre. Voltaire, que les philosophes « modernes » devraient bien relire quelquefois, va nous donner ici la pleine lumière. L'imagination est le pouvoir que chaque être sent en soi de se

(1) *Ibid.*, t. V., p. 257.

(2) Joly, *loc. cit.*, p. 235.

représenter dans son cerveau les choses sensibles. Il y en a deux sortes : l'une qui consiste à retenir une simple impression des objets (imagination passive) ; l'autre qui arrange ces images revues et les combine en mille manières (imagination active). « L'imagination active est celle qui joint la réflexion, la combinaison à la mémoire... elle semble créer, quand elle ne fait qu'arranger : *car il n'est pas donné à l'homme de se faire des idées ; il ne peut que les modifier*. Cette imagination active est donc au fond une faculté aussi indépendante de nous que l'imagination passive ; et une preuve qu'elle ne dépend pas de nous, c'est que si vous proposez à cent personnes également ignorantes d'imaginer telle machine nouvelle, il y en aura quatre-vingt-dix-neuf qui n'imagineront rien malgré leurs efforts. Si la centième imagine quelque chose, n'est-il pas évident que c'est un don particulier qu'elle a reçu ? C'est ce don que l'on appelle *génie* ; c'est là qu'on a reconnu quelque chose d'inspiré et de divin (1). »

Voilà qui va mettre fin, je crois, à toutes les controverses et résoudre la dissonance, préparée par un malentendu. Ce que, d'après Schopenhauer, j'ai désigné sous le nom d'intuition, correspond presque entièrement à ce que Voltaire, Jean Paul, M. Charles Lévêque (2) et beaucoup d'autres entendent par imagination. Mais rien que le fait de la division nécessaire de celle-ci en active et en passive, montre la différence énorme, surtout quand on en vient au détail, des deux ordres d'aptitudes comprises à tort sous un même nom. L'active doit donc se résoudre dans l'intuition, infiniment plus compréhensive, et il ne reste plus que l'imagination tout court, aussi indispensable, cela n'est pas douteux, à la réalisa-

(1) Voltaire. *Dictionn. philos.*, art. *Imagination*.

(2) Schopenhauer, *loc. cit.*, t. I, p. 193.

tion du génie. « Grâce à elle, l'horizon s'étend bien au delà de l'expérience actuelle et personnelle de l'homme de génie, il se trouve ainsi en état, étant donné le peu qui tombe sous son aperception réelle, de construire tout le reste et d'évoquer ainsi devant lui presque toutes les images que peut offrir la vie. L'imagination agrandit donc le cercle de la vision du génie, elle l'étend au delà des objets qui s'offrent effectivement à lui. »

C'est ainsi, dirai-je, qu'un Balzac arrive à reproduire, dans d'immortels chefs-d'œuvre, les réalités poignantes de la vie humaine : l'intuition lui en a fait d'un seul coup pénétrer le caractère ; l'imagination les lui met pour ainsi dire sous les yeux. Mais celle-ci, ainsi comprise, l'imagination passive de Voltaire, après tout, n'en demene pas moins au nombre de ce qu'on a appelé : « les pouvoirs inférieurs de l'âme ». Si la puissance considérable de l'imagination est une des conditions du génie, il n'en est pas moins vrai que les hommes d'une intelligence ordinaire peuvent, eux aussi, avoir beaucoup d'imagination. En un mot, cette faculté, cette aptitude est un des auxiliaires du génie ; elle ne suffit pas à le constituer.

Qu'on l'entende bien, d'autre part, cette haute puissance d'intuition, qui n'est donnée qu'à un nombre infinitésimal d'individus, n'a cependant rien d'anormal, rien d'extra-physiologique.

Le génie n'est pas un monstre. Comme dit M. le professeur Séailles : « Il se développe comme la vie, en même temps qu'elle, par l'effort des générations successives, dont les acquisitions, transmises par l'hérédité, modifient et perfectionnent l'organisme (1). » Mais il n'est pas vrai qu'il soit partout présent, chez les plus humbles comme chez les plus grands, etc., etc. D'autre

(1) Séailles. *Le Génie dans l'art*, p. 71. Paris, 1883.

part, ce n'est pas un état morbide, hors nature ; c'est un phénomène exceptionnel, voilà tout. On ne voit pas tous les jours des individus âgés de cent ans et plus ; pourtant, ces émules du « père Chevreul », pour n'être pas communs, n'apparaissent que comme le résultat du bon fonctionnement d'un organisme bien constitué dans son ensemble. Ainsi le génie est la résultante du fonctionnement parfait d'un cerveau perfectionné, dont l'intuition géniale est la plus raffinée, la plus exquise manifestation. Il est dans la logique de la nature et de la vie. Mais, pareils à ces fleurs rares et éclatantes, apparaissant au milieu de millions d'autres, sans couleurs et sans parfums, les génies, — une quinzaine par siècle en moyenne — surgissent à la surface de l'Humanité, dont ils sont la splendeur et l'épanouissement (1).

Quant à la question de savoir s'il existe une différence entre le génie et le talent, et en quoi elle consiste, je dirai d'abord qu'il y en a une profonde, irrémédiable. « Tandis que le talent, dit Jean Paul, est pareil au clavecin, ne rendant qu'un son sous le doigt qui le frappe, le génie est comme la harpe éolienne, faisant résonner toutes les harmonies au souffle de toutes les brises. » « L'homme de talent, écrit avec plus de précision, Schopenhauer, possède plus de justesse, plus de rapidité dans la pensée que les autres ; le génie, au contraire, contemple un autre monde que le reste des hommes : *il ne fait pourtant que pénétrer plus profondément dans ce monde offert aussi à la vue des autres, parce que la représentation en est plus objective, partant plus pure et*

(1) Voy. encore sur le génie, Baumgarten, *Metaph.*, III, ch. 1, p. 13. — Wieland, *Betrachtungen über den Menschen*, etc. Mais surtout l'abbé Du Bos, qui dit, sur la question, d'excellentes choses, dans ses *Réflexions sur la Peinture et la Poésie* (3^e vol. de l'édition de 1733, à la Bibliothèque nationale sous la cote Y, 448).

plus précise dans son cerveau (1). » Enfin, ajouterai-je, si la puissance de l'intuition est indispensable pour caractériser le génie, le pouvoir « inférieur » de l'imagination suffit à constituer le talent. Sans doute, entre le plus petit « génie » et le plus grand « talent », l'abîme n'est pas insondable, puisqu'enfin, dit-on, la nature ne fait pas de sauts. Mais il en faut tout de même un fameux pour franchir la distance qui sépare un Gounod d'un Wagner, un Tirso de Molina d'un Molière ou d'un Shakespeare.

(*A suivre.*)

(1) Schopenhauer, *loc. cit.*, t. III, p. 188.

Pathologie

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR LA PARENTÉ

DES NÉVROSES ET DES PSYCHOSES

Par le Dr René SERRIGNY,

Interne de la clinique des maladies mentales de Bron (Rhône).

Longtemps considérée comme une entité bien définie en dépit de la multitude et du polymorphisme de ses manifestations, l'hystérie n'a souvent été, à cause même de son infinie variabilité, qu'un cadre complaisant dans lequel les observateurs rangeaient les faits les plus disparates.

Un jour, on reconnut que cette névrose n'était pas une entité aussi bien établie qu'on s'était plu à le dire, et qu'elle pouvait n'être que l'expression symptomatique d'autres affections qui avaient semblé jusqu'alors n'avoir avec elle aucun rapport.

On en peut dire tout autant du syndrome que l'on décrit encore à part, sous le nom d'hystéro-neurasthénie, comme si l'on pouvait faire une maladie, en additionnant deux entités également douteuses.

L'observation suivante, recueillie dans le service de la clinique du professeur Pierret, nous a paru un cas bien typique de cette hybridation de deux névroses, considérées jadis comme opposées et qui, cependant, présentent plus d'un point de ressemblance.

OBSERVATION I.

Hystéro-mélancolie chez une prédisposée. — Hérité directe rhumatismale chez le père et la mère. — Hérité mentale collatérale : un oncle tuberculeux ayant plusieurs enfants aliénées. — Amour maladif pour son frère. — Contrariétés diverses. — Aménorrhée. — Constipation opiniâtre. — Ictus (?) et crises d'hystérie. — Migraines. — Stigmates psychiques : aboulie, amnésie et mélancolie. — Agitation maniaque suivie de dépression, puis d'une nouvelle période d'agitation.

M^{lle} X..., dix-neuf ans, passementière, célibataire. Instruction primaire. Entrée à l'asile le 14 mai 1897.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents morts d'affections indéterminées. Grand'mère maternelle nerveuse.

Sa mère, âgée de cinquante-cinq ans, n'est plus réglée depuis dix ans. Pas de maladie d'enfance. Ses frères et sœurs étaient des simples et des crédules. Il y a trois ans, a eu un peu de rhumatisme localisé à l'épaule droite et ayant nécessité un traitement de trois semaines. Depuis la ménopause, intertrigo de la vulve et des seins. Souffre souvent de migraines.

Mariée à vingt-cinq ans, a eu sept enfants, dont cinq vivants :

A..., l'aînée, âgée de vingt-huit ans, anémique et rhumatismante;

Jean-Marie, vingt-six ans, marié depuis trois mois, en bonne santé et très aimé de sa sœur, notre malade;

M..., vingt-trois ans, bien portante;

A.-M., morte à huit ans, de tuberculose pulmonaire;

M..., notre malade.

Dans la famille maternelle, rien de spécial. Un des frères de la mère a eu un enfant atteint de paralysie infantile à forme hémiplegique gauche.

Le père, cinquante-sept ans, s'est bien porté dans son enfance. Rhumatisme articulaire aigu, il y a huit ans.

Il avait un frère qui est mort tuberculeux et qui, de son mariage, eut cinq filles; deux d'entre elles sont aliénées : l'une est à l'asile du Puy; la deuxième, non internée, garde le lit depuis plus de huit ans; une troisième est morte des suites d'une cardiopathie (insuffisance mitrale). Les deux autres enfin sont mélancoliques et solitaires, bien que vivant avec leurs parents de la vie commune.

De quelque côté que ce soit, il n'y a eu aucun épileptique dans la famille.

Antécédents personnels. — Notre malade est venue au monde à terme et d'une façon normale. A six mois, éruption prurigineuse. Pas de maladie d'enfance. A douze ans, abcès à la base du cou à la suite d'une adénite cervicale gauche. A seize ans, un peu de dysenterie. Jamais de convulsions.

Réglée à seize ans, assez régulièrement, sauf au début. La ménorrhagie, peu abondante, était pénible et s'accompagnait de violents maux de reins.

En même temps apparaissaient de vives céphalées qui cessaient avec le flux menstruel au bout de deux jours environ.

La moindre émotion, la moindre contrariété arrêtaient les règles, qui étaient alors remplacées par des épistaxis.

Elle n'a jamais eu à ces moments-là d'état général marqué.

M^{lle} X... a toujours été d'un caractère nerveux, irritable et coléreux.

Elle avait pour son frère Jean-Marie une affection extrême, poussée jusqu'à la jalousie. Quand il voulut se marier, il y a quelques mois, elle en éprouva un chagrin intense et essaya même de l'en empêcher.

M^{lle} X... n'avait jamais été malade quand, l'an dernier, au mois d'août, en travaillant dans un pré où elle fanait, elle se sentit brusquement la tête chaude : elle eut des vertiges et perdit connaissance. Il était environ quatre heures du soir. Le matin, elle avait mangé comme d'habitude.

Cet ictus fut suivi, pendant quelques jours, d'un léger état délirant avec de la céphalée qui dura un mois environ. Elle resta alitée pendant tout ce temps.

Depuis cette époque, elle ne s'est jamais remise complètement. « J'ai toujours été énervée depuis, dit-elle ; il fallait que je me remue, que je marche... J'avais aussi le caractère très emporté et je me fâchais sans cesse pour des futilités. »

Sa famille ne la laissait pas sortir à sa guise, aussi était-elle « très gênée (contrariée) dans son mal ». De là un énervement, une irritabilité encore plus considérables. Elle put cependant reprendre son travail, bien que souffrant encore de fortes céphalées. Au dire du médecin qui l'a soignée, cette douleur de tête était localisée au niveau du sinus frontal.

Ce léger mieux dura environ un mois.

En décembre 1896, ses parents l'empêchèrent d'aller tra-

vailler dans un pays voisin qui lui plaisait beaucoup. Elle en fut vivement contrariée.

Jusqu'à ce moment, la malade est sincère en racontant son histoire. Mais ici elle a l'air de se troubler. Elle aurait raconté à une infirmière du service, le jour même de son entrée à l'asile, qu'elle connaissait dans ce pays un jeune homme avec qui elle voulait se marier et que sa famille l'en avait empêchée. Mais elle n'a jamais rien dit de semblable aux médecins; elle rougit quand on lui en parle, prétend avoir tout oublié, jusqu'au nom de ce jeune homme. D'autre part, nous savons, de source certaine, qu'elle n'a jamais eu de chagrins d'amour (1).

Quoi qu'il en soit, c'est vers cette époque que se maria J.-M..., le frère de notre malade, ce qui lui causa un profond chagrin et déterminâ une rechute.

Dès lors, elle éprouva de vives céphalées, comme elle en avait déjà eu, céphalées se renouvelant à peu près tous les jours, survenant le matin en se levant, disparaissant vers neuf ou dix heures, après qu'elle a mangé.

L'intensité de ces céphalées est très variable; mais toujours elles affectent la forme d'un « cordon serrant le front (2). » Le soir, tout rentre dans l'ordre.

La nuit, elle dort mal parce qu'elle pense à ce qu'elle va devenir plus tard, ce qui la chagrine et l'inquiète beaucoup.

Elle a également des cauchemars, voit des objets noirs passer devant ses yeux, rêve à des précipices où elle tombe, etc.

A son réveil, elle voit tout comme à travers un brouillard.

Depuis longtemps déjà elle s'est aperçue qu'elle a un peu perdu la mémoire, surtout depuis quelques semaines. Ce sont les choses les plus récentes qu'elle oublie le plus facilement, tandis qu'elle se souvient encore assez bien des faits éloignés. Cette amnésie n'est ni complète ni permanente: une chose oubliée aujourd'hui lui reviendra à la mémoire demain.

Cette amnésie inquiète notre malade au plus haut degré et « plus que tout », dit-elle; « ma mémoire ne reviendra jamais, ce n'est pas possible; et comment voulez-vous que je la retrouve? Et que vais-je devenir ainsi? »

(1) Ces renseignements nous ont été obligeamment fournis par M. le Dr Ch..., qui connaît beaucoup toute la famille et la soigne depuis longtemps.

(2) Expression employée par la malade elle-même, et spontanément.

Elle ne se reconnaît plus elle-même. « Je suis plus abattue ; ma figure n'est plus la même, je suis sans courage... Je me trouve vieillie en peu de temps... »

Depuis l'ictus survenu il y a un an, la malade a pris trois crises de nerfs, dans les premiers mois qui ont suivi cet ictus.

Le début en est brusque, sans aura. Pas de sensation de constriction à la gorge, pas de perte de connaissance immédiate. La durée n'excède pas cinq à six minutes.

Pas de contractures ni de convulsions.

Après la crise, elle se rend parfaitement compte de ce qu'on a fait ou dit autour d'elle ; elle voit même ce qui se passe, ajoute-t-elle.

A la suite survient une forte envie de dormir.

De mars à mai 1897, elle a fait un séjour à l'Hôtel-Dieu du Puy, où elle fut considérablement améliorée par des douches.

Avant d'entrer à l'asile, elle a fait un séjour d'une dizaine de jours chez ses parents.

Examen somatique. — L'examen somatique de la malade ne nous révèle pas l'existence de stigmates hystériques bien nets : pas de zone hystéro-gène, ni clou, ni point rachidien, précordial ou mammaire.

A peine un peu d'ovaire gauche. Pas de sensation de boule.

Un peu de tremblement des paupières quand on les lui fait maintenir closes. Légère anesthésie du voile du palais.

Les troubles oculaires sont assez marqués. Dilatation pupillaire considérable, surtout en faveur de la droite. Elle prétend voir plus clair de l'œil droit que du gauche.

Champ visuel normal ; l'acuité n'est pas diminuée.

Elle ne peut, dit-elle, ouvrir les yeux comme elle le voudrait, ce qui la gêne pour la vision. Il n'en est rien cependant pour observateur.

La sensibilité paraît atteinte dans son ensemble. Il n'y a pas de zone d'anesthésie limitée et bien franche ; point d'hyperesthésie. L'anesthésie existe cependant à un faible degré du côté droit du corps, tandis que, du côté gauche, l'hémi-anesthésie est plus accentuée. M^{lle} X... ne fait de ce côté aucune différence entre la piqure, le frôlement ou le simple contact. Une forte piqure est cependant douloureusement ressentie.

Elle dit ne pas sentir elle-même son corps, surtout du côté gauche. Elle ne sent pas quand elle est couchée ; elle croit être dans le vide et y tomber. De même elle ne se sent pas marcher, mais elle sait cependant qu'elle marche.

Anesthésie plantaire incomplète.

Si l'on fait asseoir la malade sur le bord de son lit, on constate que son corps entier est animé d'un léger tremblement, mais ne se propageant pas aux extrémités.

Ni paralysie, ni contracture.

Les mouvements volontaires sont difficilement exécutés. Les mains sont faiblement raidies, les doigts en flexion dans la paume de la main : l'extension volontaire se fait facilement, mais en plusieurs fois, comme chez une personne transie de froid.

Cette raideur n'existe que pour la malade, car l'observateur fléchit et étend les différents segments des membres sans éprouver aucune résistance. Il y a, non de la contracture, mais de l'aboulie.

La malade avoue, en effet, ne pas pouvoir mouvoir ses membres et ses doigts comme elle le voudrait. « Cela m'a pris, dit-elle, depuis quelque temps, mais surtout depuis mon entrée à l'asile. Je n'ai plus de courage (force)... »

Cette aboulie porte sur tout le système moteur : ainsi elle ne peut ouvrir ses yeux comme tout le monde ; « ma langue est paralysée ». La parole est en effet hésitante et embarrassée ; elle cherche ses mots, les trouve souvent avec beaucoup de difficulté et ne peut parfois pas les articuler correctement.

Il existe une certaine immobilité de la mimique, un peu plus accentuée du côté gauche : elle parle à demi-voix sans ouvrir la bouche, sans remuer les lèvres ; elle ne rit jamais, à peine esquisse-t-elle un sourire qui ne fait que relever d'une façon imperceptible la commissure labiale.

Elle ne peut pas s'habiller seule, ni mettre ses souliers, ni boutonner ses bottines. On est obligé de l'aider à manger, ce qu'elle fait du reste avec une grande malpropreté. Elle est en effet très maladroite.

La marche se fait assez bien, quoique avec un peu de lenteur, sur un terrain plat. Mais l'amyosthénie est assez marquée : à chaque instant, ses jambes se dérobent sous elle et elle chancelle ; les plus petites aspérités du sol la font butter ; la pointe de son pied heurte les marches d'escalier quand elle veut les gravir.

En descendant, sensation de vertige qui l'oblige à se retenir.

La force musculaire est considérablement diminuée, surtout du côté gauche.

Les réflexes plantaires sont fortement diminués ; les autres

sont considérablement exagérés, en particulier le patellaire aux membres inférieurs et le cubital aux supérieurs.

Rien au point de vue organique ni au cœur ni aux poumons ; les urines sont normales : ni sucre, ni albumine.

État digestif médiocre : l'appétit est bon, mais elle mange peu parce que les aliments l'étouffent ; digestions lentes et pénibles avec ballonnement du ventre, éructations inodores et insipides.

Constipation habituelle.

M^{lle} X... se porte généralement assez bien ; elle n'a jamais été malade.

Elle est douée d'un embonpoint assez fort, bien que celui-ci n'existe que depuis quelques mois. Poids, 54 kilogrammes habillée ; taille, 1^m,51.

Elle paraît d'une intelligence médiocre, bien qu'elle réponde parfaitement aux questions qu'on lui pose. Sa voix est faible et douce, à peine l'entend-on parler ; autrefois sa voix était bien mieux timbrée.

18 mai (1). — Constipation. Purgation.

21 mai. — Pas d'amélioration notable ; pupilles toujours très dilatées.

Ne cherche pas à se distraire ou à s'occuper : ne peut ni coudre, ni lire ; elle préfère rester sur un banc à rêvasser. Parfois laisse échapper une larme.

Traitement par le repos absolu au lit, la tête basse.

7 juin. — Hier, dans la journée, M^{lle} X..., un peu surexcitée par un séjour prolongé et forcé au lit, s'est fâchée brusquement. Elle s'est levée, a jeté son pain au milieu de la salle et a grossièrement injurié une malade qui lui faisait une petite observation. Elle ne cherchait plus ses mots et ne paraissait nullement embarrassée pour prononcer des épithètes grossières.

La nuit suivante, agitation excessive ; elle empêche tout le monde de dormir, et ne se calme que sous la menace de la camisole de force.

Le lendemain matin, à bout de patience et ne pouvant supporter le décubitus horizontal plus longtemps, elle se lève, lutte avec succès contre cinq infirmières robustes et se sauve dans la cour en chemise, en criant à tue-tête qu'elle saurait se plaindre

(1) Nous avons conservé avec soin l'ordre chronologique depuis l'entrée de la malade à l'asile, afin de bien montrer les phases successives de son affection.

à qui de droit, irait dire à son père qu'on ne devait pas la traiter ainsi, lui enlever son corps, sa mémoire, son intelligence, sa pensée, etc...

10 juin. — L'agitation va en augmentant; M^{lle} X... a frappé une malade à coups de pied. On l'a fixée dans son lit pendant la nuit avec un drap roulé et elle n'a cessé de crier. Le matin, on la met dans une cellule capitonnée. Elle se plaint que ces femmes (les infirmières) la torturent. « Je n'étais pas malade ainsi quand je suis venue à l'infirmerie! »

11 juin. — M^{lle} X..., enfermée dans la cellule capitonnée, cherche à se nuire, mais sans vouloir précisément se suicider. Elle se laisse tomber de toute sa hauteur sur le parquet, la face en avant, elle s'est fait ainsi de nombreuses contusions. On l'a alors camisolée. Depuis deux jours, elle n'a pris qu'un peu de lait. Elle est gâteuse entièrement, jour et nuit, depuis le début de son agitation.

Pas de température. Constipation.

A bien dormi la nuit dernière.

12 juin. — L'agitation est au paroxysme depuis hier au soir. La malade pousse sans cesse des cris perçants. Les yeux sont brillants, hagards, un peu hors de l'orbite, les pupilles contractées, la face convulsée.

Les trois derniers doigts des deux mains sont en état de flexion contracturée depuis hier; cette contracture va en augmentant du troisième au cinquième doigt. La malade ne se sert que du pouce et de l'index pour saisir les objets.

La constipation persiste.

14 juin. — Même état depuis deux jours, cherche à sortir de sa cellule et crie sans cesse.

Répète cinq ou six fois les mêmes phrases, avec les mêmes mots et sur le même ton.

Elle croit voir son père, prétend qu'il est là et veut aller vers lui.

Léger fond d'érotisme : s'est précipitée ce matin sur nos mains et les a baisées.

Constipation opiniâtre. Purgations successives. Bain prolongé de deux heures tous les jours.

15 juin. — L'agitation continue. Coprophagie; gâtisme.

Pupilles moins contractées que les jours précédents.

Toujours pas de température. Bromure de potassium, 4 gr.

Pendant la journée tourne sans cesse aux quatre coins de sa cellule, s'arrête brusquement sans rien dire, les yeux fixés dans

un coin, l'air égaré, et reprend sa promenade comme mue par un ressort. De temps en temps se met à causer seule, fait la demande et la réponse. Mais elle répète souvent la même chose et toujours cinq ou six fois de suite.

Appelle sans cesse à son secours Jean-Marie (c'est son frère) : « Je suis là... (prononce son nom de famille), je suis venue ici pour me soigner; vous me privez de voir mes parents et vous me faites passer pour ce que je ne suis pas. Vous êtes des assassins. Papa! papa! viens vite!... Viens me chercher! »

Traitement laxatif énergique (huile de ricin, 10 grammes le soir et une pilule le matin avec 0 gr. 01 de poudre de feuilles et 0 gr. 01 d'extrait de belladone).

La température ce soir atteint 38 degrés.

16 juin. — A peu près même état; crie moins. Pupilles un peu dilatées et égales, réagissant très peu.

Au moment de la visite, M^{lle} X... est assise dans un coin de sa cellule, la tête tournée à gauche, inclinée légèrement sur l'épaule, la main gauche à la bouche dans la position d'une personne qui se ronge l'ongle du pouce, tandis que de la main droite elle exécute un mouvement rythmé, très régulier comme mesure et comme espace parcouru.

Ce mouvement se continue pendant longtemps, puis subitement s'arrête.

Elle se lève alors brusquement, comme mue par un ressort, semble écouter et se met à parcourir sa cellule à pas brefs, rapides et saccadés, puis vient s'arrêter devant l'ouverture grillée de la cellule.

Elle regarde alors fixement au dehors sans paraître s'occuper des personnes qui sont là, ni des gestes qu'on lui fait. Cependant l'apparition d'une allumette enflammée détermine chez elle une réaction : elle la suit des yeux et cherche à la saisir.

Les pupilles sont à peu près normales.

17 juin. — A été tranquille la nuit et a dormi. A eu quelques accès de méchanceté et a donné des coups de pied aux infirmières présentes.

Se promène toujours dans sa cellule en appelant à plusieurs reprises « Jean-Marie! Jean-Marie! Papa! papa! viens me chercher! ».

Va à la selle deux fois par jour.

18 juin. — Même état avec tendance à l'amélioration.

Malpropreté excessive; gâtisme. Il est impossible de recueillir des urines pour les faire analyser.

- * Toujours pas de température ($37^{\circ},5$ à $37^{\circ},8$).
- * Refuse de manger et ne boit que du lait (1 litre).
- * Suppression de l'huile de ricin.
- Les pupilles sont un peu plus dilatées qu'hier.
- : Regard fixe et vague.
- : Répète « Bonjour » une dizaine de fois de suite.
- 19 juin. — A dormi une partie de la journée. Selles régulières.

Mange un peu. Va mieux.

20 juin. — Amélioration notable, sauf un peu d'agitation au milieu de la journée.

21 juin. — Un peu de calme le matin. Après son bain quotidien, il y a eu un moment de détente. Elle s'est mise à causer raisonnablement et bien naturellement. Elle a même souri à diverses reprises.

Elle a alors avoué que, quand elle est tombée dans cet état, c'était plus fort qu'elle, qu'elle ne se sentait pas de mal.

On la remet avec les autres malades où elle reste tranquille le reste de la journée.

22 juin. — La nuit a été bonne et calme.

Pupilles toujours dilatées.

Depuis le matin reste assoupie et se cache dans ses draps, mais un peu par grimace. Quand on la questionne elle ne répond rien ou répond à voix basse par monosyllabes.

Les mains sont toujours dans le même état de contracture.

En sortant de son bain, s'est laissé aller inerte en disant : « Je n'ai plus de vie, ma vie est finie ».

Gâteuse le soir.

S'est alimentée.

23 juin. — Immobile dans son lit, les yeux à demi fermés.

Ne réagit pas aux excitations et ne répond rien.

A poussé violemment une porte qui touchait son lit, et sur une petite observation qu'on lui faisait à ce sujet, s'est mise à crier à haute voix et à plusieurs reprises. « La porte est à moi, tout Bron est à moi ! »

Regarde les infirmières d'un œil méchant.

Dans l'après-midi a un peu causé et échanté.

Selles régulières, boit 1 litre et demi de lait par jour.

24 juin. — Reste cachée dans ses draps, et avec ostentation.

28 juin. — Va beaucoup mieux et commence à répondre aux questions qu'on lui pose. Pas de selle hier : 10 grammes d'huile de ricin par jour à la place de la belladone qui est supprimée.

Pendant toute cette période, il a été absolument impossible de recueillir de ses urines pour les faire analyser.

La menstruation n'a pas paru ce mois-ci :

La malade est encore trop abattue pour répondre nettement vers quelle époque ses règles apparaissent.

1^{er} juillet. — Depuis quelques jours, M^{lle} X... est toujours dans le même état : elle reste couchée toute la journée, les doigts en demi-contraction, ne disant rien et ne réagissant pas aux excitations. Par moments même elle a l'air d'agir ainsi à dessein.

De temps en temps elle s'agite un peu, se lève, crie, rejette ses draps, puis se recouche. Parfois elle s'arrache des poignées de cheveux et les mange avec du pain.

Toujours très malpropre et gâteuse.

Les pupilles sont toujours très dilatées, les paupières à demi closes.

Mange un peu ; dort assez bien.

Constipation opiniâtre, malgré 10 grammes d'huile de ricin tous les jours.

7 juillet. — Ce matin, la malade s'est excitée de nouveau au point qu'on a été obligé de la remettre dans la cellule capitonnée. Elle y a repris son genre de vie antérieure : elle crie ou chante, répétant toujours les mêmes phrases ou les mêmes mots. Si elle entend du bruit, elle l'imité ; si on l'appelle, elle répète son nom ; si l'on frappe à sa porte, elle frappe aussi.

Constipée et gâteuse ; enduit les murs avec ses matières fécales.

Parfois elle reste insensible à toute excitation extérieure et regarde fixement les murs de la cellule.

Du 10 au 15, l'agitation va en augmentant. La malade se déshabille volontiers et reste nue dans un coin plusieurs heures, déchirant ses vêtements.

Du 15 au 22, état stationnaire.

Cette succession de périodes d'agitation se répétant à des intervalles à peu près réguliers (le 1^{er} datant du 10 mai environ — période d'internement ; le 2^e apparaissant le 9 juin et le 3^e le 7 juillet) éveille en nous l'idée des règles, et nous demandons aux parents si M^{lle} X... n'était pas réglée antérieurement du 5 au 10. La sœur de la malade nous répondit qu'effectivement les règles apparaissent du 6 au 10. Elle avait été réglée le 7 janvier, le 6 février et au début de mars. Rien en avril, époque où la malade commença à se trouver plus atteinte au point de vue mental. Depuis, aucune menstruation.

Nous nous apprêtons à essayer un traitement emménagogue dès les premiers jours d'août, quand subitement les règles parurent le 22 juillet.

22 juillet au soir. — La malade chante toujours, crie et s'agite, mais au fond elle a l'air de comprendre un peu, car elle s'arrête brusquement et se cache quand on lui demande si elle fait du bruit à dessein. D'autres questions n'ont aucune influence sur elle.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'observation de cette jeune malade, franchement neurasthénique et hystérique à la fois.

Reprenant, par ordre d'apparition, les symptômes essentiels que nous présente cette jeune fille, il nous est facile d'en comprendre la filiation et de résumer ainsi son observation.

Hérédité rhumatismale directe; hérédité mentale collatérale; constitution nerveuse de la malade; céphalées.

Début des accidents par un ictus, qualifié de coup de soleil, mais qui n'était peut-être qu'une première crise, ouvrant la marche des accidents et suivie d'une légère amélioration.

Vers cette époque, elle est contrariée dans ses affections, change de caractère, ce qui vis-à-vis d'elle amène dans son entourage un changement d'allures, contrariétés et vexations de toutes sortes.

Apparition d'accidents hystériques; l'un deux, l'amnésie, inquiète vivement la malade et détermine chez elle, une neurasthénie intense, jusqu'au jour où sa famille réclame un traitement.

Internement; mélancolie, puis période d'agitation maniaque à type un peu particulier, suivie elle-même d'une période de dépression et d'une autre période d'agitation.

Il ne semble pas douteux que dans ce cas, l'affection primitive ait été ce que l'on est convenu d'appeler l'hystérie. Mais loin de rester dans cette quiétude avec la-

quelle ces malades considèrent les manifestations de leur névrose, M^{lle} X... n'a pas tardé à s'en inquiéter et à s'attrister de cette perte de la mémoire à laquelle est venu se joindre le chagrin maladif qu'elle éprouva du mariage de son frère.

Les chagrins ont, on le sait, une réelle influence sur le développement des psychoses, et l'on doit probablement leur attribuer une part dans le développement des troubles mentaux chez notre malade. Mais celle-ci insiste avec une trop grande précision sur les troubles de sa mémoire, pour que nous n'accordions pas au souci dont ils sont la cause une influence déterminante qui n'est pas à dédaigner.

Pour M^{lle} X..., c'est une véritable idée fixe, une obsession, une phobie qui ne la quitte ni jour, ni nuit. Incapable de travailler, de coudre, par suite de son aboulie, incapable de faire une lecture suivie, si agréable fût-elle, M^{lle} X... passe la plus grande partie de son temps à rêvasser, assise sur un banc, la tête baissée, les mains sur les genoux et les yeux fixés à terre.

Fatalement elle pense à ce qu'elle était, à ce qu'elle pourrait être, si, comme toutes les jeunes filles de son âge, elle pouvait vaquer à ses occupations habituelles. Contrariée dans ses affections, elle ne peut que songer à l'avenir qui s'ouvre devant elle, avenir bien noir en vérité pour une fille qui croit ne plus avoir à compter sur personne, pas même sur elle.

Cette idée fixe, implantée dans un cerveau déjà faible et mal équilibré, germe comme une graine dans un terrain propice, se développe et engendre la neurasthénie.

Mais est-ce bien à de la neurasthénie que nous avons affaire dans ce cas ? Cela ne semble pas douteux d'après l'étude des symptômes essentiels observés chez notre malade. Et cependant, confions cette jeune fille à un aliéniste pur : il n'hésitera pas à la taxer de mélan-

colie, alors qu'un médecin ordinaire aura dit neurasthénie. De part et d'autre, il n'y aura pas en de réelle erreur de diagnostic.

Entre la neurasthénie et la mélancolie, il n'y a qu'une différence de degré, et la question se pose toujours de la même façon, savoir où débute la neurasthénie, même légère, savoir où elle s'arrête, quand, devenant grave, elle va faire place à de la mélancolie.

Pour résoudre ce problème, il est évident qu'il faut tenir compte dans une maladie, non seulement des signes de cette maladie, mais encore et surtout du malade, c'est-à-dire de cet être complexe, variable à l'infini, variable aussi à toute heure et à tout instant, qui constitue l'être humain. Il est de toute certitude que l'orientation biochimique d'un sujet par exemple, n'est pas identique à celle d'un autre et que, chez le même sujet, elle varie comme les processus nutritifs, l'état de repos ou de fatigue, sans oublier les émotions gaies ou tristes, etc.

Tous ces facteurs ont leur poids en clinique, poids insignifiant pour quelques-uns, mais qui n'en apporte pas moins un contingent énorme dans l'étude des affections morbides du système nerveux.

Ce que le clinicien devrait connaître, en même temps que l'affection dont son malade est atteint, c'est ce substratum si mobile, cette formule chimique de l'individu.

Mais une telle étude est à peine ébauchée.

Tout le monde sait, par exemple, que la pneumonie chez le vieillard et l'enfant a des allures essentiellement différentes. Et cependant l'affection est bien la même et s'appelle partout pneumonie.

La raison en est simple. C'est une maladie infectieuse, avec sa lésion, ses toxines agissant de la même façon, ce qui est variable; c'est la réaction de l'individu.

Le vieillard dont la vie est moins active, dont les phénomènes nutritifs sont considérablement ralentis, sinon pervers, dont tous les organes sont en plus ou moins bon état, supportera cette affection très difficilement. L'enfant, au contraire, avec sa vie exubérante, ses échanges nutritifs intacts, et le bon fonctionnement de tous ses organes, est mieux armé pour cette lutte de l'organisme contre le microbe et ses toxines.

Cependant, si de telles différences cliniques existent entre les différentes formes d'une même affection dont les symptômes sont fixes, les lésions constantes, que sera-ce quand il s'agira d'une affection nerveuse réputée sans lésion? Rien d'étonnant alors à voir les subdivisions multipliées à l'infini.

Prenons par exemple la neurasthénie dont les formes sont innombrables et qui, avons-nous dit, n'est souvent que de l'hystérie et même de la mélancolie.

On hésite à compléter les symptômes de cette affection insuffisamment définie dans les traités classiques, on n'ose la relier franchement aux psychoses. Car prononcer le mot de mélancolie, c'est évoquer le spectre de la folie. Le malade consent volontiers à être traité de neurasthénique, mais il ne veut pas être aliéné.

Pourtant on commence à reconnaître les rapports de la neurasthénie avec d'autres névroses et avec les psychoses elles-mêmes. Examinons avec soin de vrais neurasthéniques : tous sont mélancoliques, à des degrés divers, il est vrai, mais tous le sont.

Lisons, entre autres, la remarquable thèse du D^r F. Boissier : *Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressives* (1). « Comment, dit-il, peut-on envisager les rapports de la névrose avec la vésanie? La neurasthénie est-elle une simple prédisposition plus ou

(1) Thèse, Paris, 1894.

moins vague à la lypémanie ; on bien arrive-t-elle directement et par elle-même à celle-ci comme à une phase épisodique ou terminale de sa propre progression ?....

« Si l'observation pratique des malades, continue-t-il, attire l'attention sur ce point (identité de la névrose et de la psychose), la lecture des auteurs n'est pas moins démonstrative. Dans toutes les descriptions classiques de la mélancolie, on retrouve cette période à durée indéterminée de dépression, de découragement, d'insomnie, etc., absolument neurasthénique. C'est ce qui frappe dans les œuvres d'Esquirol, de Georget, de Morel. Calmeil s'étend particulièrement sur ces détails ; il peint le futur mélancolique comme un sujet triste, las, pusillanime, défiant de lui-même, avec des paroxysmes de panopobie. Foville en fait un tableau analogue. Et dans tous ces écrits on retrouve non seulement les faits, mais les termes mêmes, dont Beard s'est servi pour édifier sa névrose et que ses successeurs ont repris. Aussi, s'il existe une neurasthénie idiopathique et une neurasthénie prélypémanique, elles sont bien difficiles à distinguer, surtout si l'on considère que cette dernière peut durer de longues années tout comme l'autre, et enfin reconnaît les mêmes causes...

« Faut-il donc admettre que les mêmes agents provocateurs puissent produire d'une part une neurasthénie idiopathique se bornant à exposer le sujet, d'une façon indirecte et seulement dans des cas très particuliers, à une autre affection qui est la lypémanie, et produisant d'autre part une autre neurasthénie faisant corps avec la vésanie dont elle ne serait qu'un symptôme prodromique ? Pourquoi ne verrait-on pas dans la mélancolie un stade d'aggravation éventuel, survenant dans la névrose comme un incident épisodique non obligatoire, ou, comme terme extrême, amené par la persistance des causes provocatrices ? »

Dès lors, le mot *neurasthénie* n'a plus pour nous de signification précise. Et si nous le conservons, il ne sera plus pour nous qu'un moyen commode de masquer, en cas de besoin, notre diagnostic réel, comme on affirme à un *phthisique* arrivé à la dernière période de son affection, qu'il est atteint d'une *bronchite chronique*.

Appelons donc, si nous le voulons, « *neurasthéniques* » nos malades atteints d'une légère *mélancolie* ou ceux que nous ne pouvons qualifier ouvertement d'*aliénés* ; mais sachons qu'au fond c'est affaire de degré et rien de plus.

Tout ne se borne pas à de la *mélancolie* chez la jeune malade qui nous occupe. A un moment donné, elle a réalisé le tableau clinique connu sous le nom d'*hystérie*. Elle a eu des crises bien caractérisées, de l'*hémianesthésie* qui persiste, et d'autres symptômes non moins nets ; cela nous suffit.

A mesure que s'est développée la *mélancolie*, ces symptômes ont diminué ou disparu pour faire place à d'autres : la *dépression générale*, l'*aboulie*, l'*amyosthénie*, tout se mêle de façon à constituer un complexe assemblage. C'est une véritable hybride où l'on peut reconnaître certains symptômes essentiels de chaque affection primitive, mais plus ou moins modifiés ; et auxquels de nouveaux sont venus se joindre.

Mais si un état *dépressif* tel que la *mélancolie* vient à se substituer à un autre, dont les manifestations sont plus bruyantes, c'est qu'entre ces deux états il existe des relations plus étroites qu'on ne l'a pensé pendant longtemps.

Chaque jour nous voyons des excités maniaques francs tomber brusquement dans une *dépression* profonde avec relâchement général : c'est la *fatigue* succédant au mouvement dont elle n'est que la conséquence.

Par contre, des *mélancoliques*, des stupides raides

(Baillarger) peuvent très rapidement devenir maniaques. Dans ces derniers cas, l'état fondamental n'est pas la stupeur ; celle-ci n'est qu'une manifestation paradoxale d'un délire actif. Derrière cette immobilité apparente se cache le mouvement voilé par une inhibition intense qui l'empêche de se produire, et n'attendant pour apparaître que l'amélioration du malade.

C'est précisément ce qui s'est passé chez notre petite malade. L'excitation maniaque a succédé au calme à la suite du traitement, et cette agitation a été intense : notre malade avait tout l'aspect extérieur de ces folles du moyen âge, de ces possédées, que l'on voyait à travers une grille, la face convulsée, les yeux saillants et brillants, les cheveux épars, criant et gesticulant sans cesse.

Cependant, dans le délire de M^{lle} X..., on ne trouve pas l'incohérence que l'on rencontre dans celui des vrais maniaques. Elle poursuit un groupe d'idées, toujours les mêmes ; c'est un *rêve* concret où les paroles, les phrases se trouvent répétées dix et vingt fois de suite avec la même intonation, les mêmes gestes. Les mouvements eux-mêmes dans leur répétition présentent une monotonie et une brusquerie qui frappent. En un mot, c'est une tendance manifeste à la production d'un tic psychique semi-convulsif.

Dans notre cas, il ne faut pas admettre seulement, et comme on l'a pensé longtemps, une simple coïncidence entre l'hystérie, la mélancolie et la manie. Il y a plus, et nous n'hésitons pas à croire qu'il y a dans cette succession de symptômes non pas seulement des rapports de cause à effet, mais des rapports de nature.

On ne sait pas bien encore ce qu'est au fond l'hystérie ; mais on tend à admettre qu'elle est une forme de l'état convulsif, si varié dans ses manifestations. Et parmi ces états que de degrés à franchir ! que de distance

apparente entre le tic facial simple, par exemple et la grande crise hystéro-épileptique ! (Voir Pierret. *Les états convulsifs en général*) (1). De même que l'épilepsie essentielle perd chaque jour du terrain, à ce point qu'aujourd'hui elle est presque rayée du cadre nosologique, de même en sera-t-il ainsi peut-être un jour pour l'hystérie : autant de malades, autant de modalités différentes ; on parlera bientôt des hystéries et des hystériques comme on le fait des épilepsies et des épileptiques.

Et le diagnostic lui-même entre l'hystérie et l'épilepsie, est-il toujours aussi facile à faire qu'on paraît le croire ?

Et que sont eux-mêmes les états convulsifs ? Sans chercher à vouloir en donner une définition meilleure que toutes celles que l'on a proposées, notons seulement que la convulsion apparaît en général comme une réaction du système nerveux, et que cette réaction se montre très souvent dans des cas d'intoxication.

Par exemple, une affection bien connue, de nature éminemment toxique et dont les manifestations sont convulsives par excellence : l'urémie (Voir Pierret. *L'Urémie à forme nerveuse*) (2). Est-ce à dire que la convulsion soit toujours d'origine toxique ? Non, sans doute ; mais il est des cas, plus nombreux qu'on ne pense, où cette pathogénie doit être invoquée.

Il sera tout naturel alors de voir dans certaines convulsions une réaction nerveuse motrice dont la source peut être double : d'un côté, les cellules motrices, réagissant avec excès sous l'influence du principe toxique répandu dans le sang ; de l'autre, les cellules sensibles placées également sous l'influence de la toxémie et transmettant leur excitation aux cellules motrices par une sorte de réflectivité malade.

(1) *Progrès médical*, n° 24 et 27, 1896.

(2) *Semaine médicale*, n° 16, 25 mars 1896.

Mais si les cellules dites sensibles et motrices sont soumises à l'influence convulsive, l'état psycho-sensoriel, la pensée, sont-ils à l'abri de cette influence? Nous ne le pensons pas.

Dans certains cas, on peut rencontrer des malades raisonnant bien à peu près constamment, mais qui, de temps à autre, ont des idées délirantes fixes ou variables, survenant brusquement par bouffées : c'est un véritable *tic psychique*.

On sait que ces conceptions délirantes, à début brusque, de durée passagère, se répétant à des intervalles variables, s'observent particulièrement chez des brightiques, des dilatés, des cardiaques, des anémiques, en un mot des intoxiqués. Nous retrouvons précisément là l'une des conditions pathogéniques importantes des états convulsifs en général. En dehors de ces aberrations temporaires, de tels malades raisonnent bien et peuvent ne pas paraître atteints au point de vue mental.

Ce qui caractérise ce tic psychique, c'est que les malades qui en sont atteints se rendent un compte assez exact de leur délire. Ils se traitent eux-mêmes de fous, non pas au moment même où ils délirent, mais aussitôt après, quand ils réfléchissent à ce qu'ils viennent de dire, soit que l'observateur ait attiré leur attention sur leurs paroles, soit qu'ils comparent eux-mêmes leurs idées entre elles. Il se passe chez eux ce qui se produit pour les individus atteints de tic facial. Ils ne se rendent compte de leur infirmité que si on la leur fait remarquer, ou s'ils s'examinent dans une glace. De tels malades sont en somme conscients, ce qui, au point de vue clinique seulement, les sépare quelque peu des épileptiques proprement dits.

OBSERVATION II.

Hérédité nerveuse directe. — Impaludisme. — Migraines. — Dothiéntérie. — Dilatation d'estomac. — Conceptions délirantes multiples apparaissant automatiquement, de brève durée. — Amélioration et sortie.

M^{lle} Y..., trente-deux ans, domestique et célibataire, sait à peine lire et écrire.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel mort à quatre-vingts ans environ avec hémiplegie due probablement à un ramollissement progressif.

Père bien portant, mais sujet à des céphalées. Il s'enivre de temps en temps, une fois par semaine environ ; de caractère très vif et emporté. « C'est la poudre », dit la malade.

« Quant à ma mère, ajoute-t-elle, c'est encore pis : c'était l'éclair. » Elle est morte à la suite d'un ictère chronique ayant duré trois ans et survenu après des coliques hépatiques. Elle était très nerveuse, mais la malade ignore si elle prenait des crises. En tout cas, à la moindre contrariété, elle était obligée de se coucher.

M^{lle} Y..., a eu quatre frères et deux sœurs, tous bien portants, un peu nerveux. L'une de ses sœurs aurait eu une méningite à l'âge de douze ans.

Plusieurs personnes sont migraineuses dans la famille.

Tels sont les renseignements fournis par la malade elle-même.

Antécédents personnels. — A l'âge de cinq ans, rougeole.

L'année suivante, la malade commença à avoir des accès de fièvre, fréquents et presque quotidiens. Elle ne peut donner de grands détails sur ces accès. Tout ce qu'elle peut dire c'est que ces accès la prenaient le matin en allant à l'école. Elle rentrait alors à la maison ; mais, chemin faisant, elle était obligée de s'arrêter à chaque instant pour boire de l'eau dans les fossés, « tant la fièvre était forte ».

Le pays natal de la malade (environs de Paray-le-Monial, Saône-et-Loire) comprend beaucoup de prés et de « boûchures » séparés par des fossés et contenant souvent de petites mares. Il est un peu malsain.

Les accès de fièvre ont duré une vingtaine d'années environ et n'ont cessé que depuis six ans à peu près.

Vers la même époque, M^{lle} Y... éprouva de violentes céphalées, rappelant la migraine, s'accompagnant parfois de vomisse-

ments, de troubles oculaires : « les yeux lui papillotent », de délire même, toutes choses qui l'obligent à se coucher quand ces accès la prennent.

Depuis l'âge de seize ans, elle a toujours été placée comme domestique.

En 1883, vient à Lyon où elle contracte la dothiéntérie à vingt-six ans.

A dix-neuf ans et demi, a eu un enfant. Accouchement normal. Enfant vivant et bien portant. A eu depuis plusieurs amants.

Chez une de ses patronnes a éprouvé plusieurs frayeurs, entre autres celle d'un voleur qui essaya de pénétrer dans la maison où elle était, d'une morte, etc.

A différentes reprises s'est brûlée avec de l'eau chaude, soit aux mains, soit aux pieds (2 fois).

Assez souvent aussi elle se grisait, dit-elle, avec du vin qu'elle prenait dans le placard de la cuisine ; mais elle a bu également divers liquides alcooliques.

Elle buvait, non par plaisir, mais plutôt par nécessité, ayant gardé depuis ses fièvres une soif ardente, et elle préférait le vin, parce que cela lui donnait plus de forces ; souvent aussi elle buvait de l'eau. Parfois, quand elle avait « mal au cœur », elle buvait des liqueurs. « Quand j'avais bu, dit-elle, ne fût-ce qu'un verre, je disais des bêtises. J'ai ainsi perdu plusieurs places ; mais il y a bien six ans que cela ne m'est plus arrivé. »

La malade paraît très franche. Elle a plutôt tendance à exagérer ses méfaits. Elle semble même en être fière. Il n'y a donc pas lieu de mettre en doute ce qu'elle raconte.

Réglée dès l'âge de quinze ans, à peu près régulièrement. Les menstrues sont douloureuses et l'obligent parfois à se rouler à terre et à s'aliter. La quantité de sang perdue dépasse la normale.

Entrée à l'asile le 4 mai 1897.

Au point de vue extérieur, c'est une femme assez bien portante, de taille moyenne, d'aspect assez robuste, quoique de complexion plutôt maigre.

Le regard est vif et gai, les yeux brillants et profonds et un demi-sourire erre sans cesse sur ses lèvres. Elle cherche continuellement à causer avec qui que ce soit, pour peu qu'on lui adresse un regard.

Son expression physionomique fait remarquer, quand elle parle ou rit, une asymétrie mimique assez prononcée : les traits

gauches sont beaucoup plus contractés que les droits qui paraissent immobiles.

Au point de vue psychique, M^{lle} Y... répond avec une assez grande précision et une certaine intelligence à toutes les questions qu'on lui pose ; mais de temps en temps, quand on prononce devant elle certains mots, elle se met à délirer, et prononce une ou deux phrases incohérentes pour revenir ensuite à son état normal.

Parmi ces mots, que l'on pourrait qualifier de magiques, il en est quelques-uns qui ont le pouvoir d'éveiller tout particulièrement ses conceptions délirantes. Tel est le mot « pièces » ou le mot « achat ».

A chaque instant également, elle intercale dans ses phrases certains nombres qui semblent n'avoir de rapport avec rien. Mais en la pressant de questions, on finit par reconnaître que ces nombres répondent à certaines dates de sa vie. Tels les nombres 8, 15 et 16 : 8 représente une aventure galante qui lui est arrivée il y a huit ans ; 15 ou 16, l'époque à laquelle elle a connu son premier amant.

M^{lle} Y..., se rend très bien compte qu'elle dit des « bêtises, qu'elle bataille », mais c'est plus fort qu'elle. « Je ne puis m'en empêcher, dit-elle, je sais bien que je suis folle, mais je puis bien quand même faire mon travail. »

C'est surtout quand on la rappelle à la raison qu'elle s'aperçoit des non-sens qu'elle vient de dire.

En dehors de ces phrases incohérentes, elle raisonne très bien, souvent avec esprit, et peut poursuivre avec son interlocuteur une conversation ordinaire.

Voici, par exemple, quelques-unes des phrases qu'elle prononce, saisies au milieu de conversations raisonnées et raisonnables. Nous n'en citerons que quelques-unes : toutes tournent autour de la même pensée, avec de légères variantes dans le langage.

1. — Donnez-moi des bombardés.
— Pourquoi faire ?
— Par rapport aux cinq pièces...
2. — Est-ce vrai qu'il y a une levée à faire ?
— De quelle levée parlez-vous ?
— Mais de sa frisure. Une levée *liène*, dites, est-ce vrai ?
— Oui, mais que veut dire le mot *liène* ?
— Je ne sais pas...

3. — Dites, monsieur, il faudrait bien faire faire une enquête au sujet de ces pièces...

Examen somatique. — Au point de vue somatique, la malade accuse quelques douleurs rhumatoïdes dans les articulations, surtout quand le temps veut changer.

L'appétit est bon en général, mais sujet parfois à des variations sans cause apparente. Les digestions sont très longues, mais sans aucun autre trouble.

L'examen de l'estomac révèle de la dilatation. Il descend jusqu'à l'ombilic ; clapotage très net à jeun. Va régulièrement à la selle.

Foie un peu gros ; dépasse les fausses-côtes de deux travers de doigt, alors que la limite supérieure est normale.

Rate légèrement hypertrophiée, mais non autant que pourrait le faire supposer l'état paludéen antérieur.

M^{lle} Y... se plaint de douleurs dans l'hypocôndre, tantôt à gauche, tantôt et surtout à droite, quand elle brosse les parquets. Cette douleur, après examen, se rapporte à de la néphroptose.

Rien aux poumons.

Au cœur, pas d'arythmie, ni d'intermittence. A la pointe, située normalement, l'auscultation fait entendre un premier bruit un peu roulé, mais sans souffle ni dédoublement vrai.

Après avoir fait courir la malade, ces signes d'auscultation n'ont pas changé, bien qu'elle soit très essoufflée et que le choc précordial soit intense. Les bruits du cœur sont simplement renforcés.

Pas de troubles moteurs, sauf un très léger tremblement des mains et de la langue.

Pas de trouble de la sensibilité.

Réflexes normaux, mais un peu brusques.

Pas de zone hystéro-gène.

Pas de troubles oculo-pupillaires.

L'ouïe est un peu affaiblie, mais pas d'une façon bien notable.

Rien du côté des organes génito-urinaires.

Urines normales. Ni sucre, ni albumine.

Extrait d'une lettre qu'elle fait écrire à sa sœur et à son beau-frère, le 29 mai, par une infirmière.

« Je vous écris pour savoir de vos nouvelles, vous en donner des miennes et vous dire que l'on m'a demandé plusieurs fois des questions que je n'ai pas comprises au sujet de Marie. Il y

aura dix-sept ans au mois de juin. Nous étions accompagnées de madame et de plusieurs demoiselles *fait passer demain*. Viens me voir avec l'oncle et la tante *retient la casse*; je t'expliquerai la chose parce que ce n'est pas vrai. Adieu, etc. » (1).

Taille, 1^m,58. Poids à l'entrée, 50 kilogrammes tout habillée.

15 juin 1897. — Rêve de temps en temps la nuit. Ces rêves sont professionnels : elle voit des flammes, tisonne et fait la cuisine.

18 juin. — De temps en temps pleure quand on lui cause. Cette tristesse se manifeste particulièrement quand on lui parle de sa famille, et a pour motif le souvenir de son enfant dont elle n'a pas de nouvelles et dont elle s'inquiète.

Elle est également très ennuyée des injures que peuvent lui dire les autres malades.

28 juin. — La malade va très bien depuis quelques jours; elle sort, réclamée par son beau-frère.

Poids à la sortie, 50 kilogrammes, avec les mêmes habits.

Chez cette malade, ce qui nous frappe avant tout, ce sont ces phases délirantes, survenant de temps à autre et de courte durée. Il est à remarquer que lorsqu'elle se surveille, elle ne déraisonne pas; il est même des jours où l'on se demande si elle ne simule pas son délire, car quelque soin que l'on prenne pour le ramener, elle résiste et parle raisonnablement.

Nous trouvons là évidemment une sorte d'affaiblissement psychique, une psychasthénie, selon l'expression de M. le professeur Pierret, qui empêche la malade d'orienter ou plutôt de maintenir sa pensée dans la bonne voie. Et c'est à certains moments seulement que cette faiblesse se fait sentir. La malade ne peut pas commander à toutes ses idées à la fois et, de temps en temps, il s'en échappe une ou plusieurs qui sont en complet désaccord avec les précédentes et les suivantes. C'est une

(1) Nous avons souligné à dessein les mots qui n'ont aucun sens avec le reste de la phrase.

sorte de déclanchement automatique qui se produit chaque fois que l'on appuie sur le levier, levier obéissant à certains mots spéciaux et toujours les mêmes.

Si maintenant nous essayons d'établir un parallèle entre ces deux malades, en comparant entre eux les symptômes que chacune nous présente, il semble au premier abord qu'il n'y ait entre elles aucun point de ressemblance. Il n'en est rien pourtant, et les analogies sont beaucoup plus frappantes qu'on aurait pu le croire d'abord.

Chacune d'elles possède, de par ses antécédents héréditaires ou collatéraux, une prédisposition indéniable. Toutes deux sont issues d'une famille de nerveux et de migraineux, sont très nerveuses elles-mêmes et sujettes aux céphalées.

Si l'une est une hystérique avérée, ainsi que nous l'avons montré, l'autre peut également rentrer dans cette catégorie de femmes que l'on considère comme telles, mais à un degré bien moindre, il est vrai : c'est une hystérique fruste ; ses allures extérieures, difficiles du reste, à décrire font penser à la névrose.

Car on sait que la plupart du temps les hystériques des asiles nous apparaissent sous un autre jour que celles que l'on rencontre dans la vie commune. Les crises manquent souvent ; M^{lle} X... en a eu, mais à une époque bien antérieure à son internement ; depuis l'apparition de sa mélancolie, les crises n'ont pas reparu.

D'un autre côté, les stigmates manquent généralement. On est donc obligé de se baser sur l'aspect extérieur général pour pouvoir poser le diagnostic.

L'une et l'autre de nos malades sont en outre des intoxiquées. M^{lle} Y... nous présente des signes non équivoques de dilatation stomacale. C'est dire qu'elle est sujette à des fermentations, à de la rétention, et à l'absorption de toxines qui passent dans le sang, séjournent

plus ou moins dans l'organisme avant d'être éliminées par les divers émonctoires.

M^{lle} X..., de son côté, ne possède pas un fonctionnement digestif bien régulier. Elle a, chose assez commune chez les mélaucoliques, un certain degré d'hypochlorhydrie, à laquelle vient s'ajouter une constipation habituelle. D'où également toxémie.

Or, on admet aujourd'hui, peut-être avec quelque excès, que l'intoxication, de quelque source qu'elle vienne, a un rôle pathogénique important dans l'apparition des psychoses. Tout au moins est-on en droit d'admettre qu'elle entretient la vésanie si elle n'en a pas déterminé l'apparition. Car nos deux malades ont, en outre, dans leurs antécédents de puissantes raisons pour franchir la porte des asiles.

Quant à leur affection psychique, quelle dissemblance apparente ! L'une nous présente une vésanie à allures tristes qui a succédé à un état beaucoup plus actif, après s'être mêlée à lui de manière à former une hybride un peu particulière, mais dans laquelle on retrouve cependant les traits essentiels de chacune des affections primitives.

L'autre, au contraire, n'a cédé que partiellement : elle a conservé sa lucidité d'esprit à peu près entière, sauf à certains moments où se montrent les conceptions délirantes sur le caractère desquelles nous avons insisté.

Une particularité intéressante chez nos deux malades, est qu'elles se rendent un compte exact de leur état : elles savent dans quelle maison elles se trouvent. Loin de s'en inquiéter, elles acceptent leur sort et reconnaissent qu'elles n'ont pas toute leur raison : M^{lle} X... avoue qu'elle n'est pas comme autrefois, « que la tête lui manque » ; M^{lle} Y... répète à qui veut l'entendre qu'elle est folle et qu'elle bataille ; chaque fois qu'on l'interroge sur le sens de tel ou tel mot qu'elle a pro-

noncé, elle répond : « Je ne sais pas, j'ai dit une bêtise. »

Au fond, toutes les deux ont un état mental de nature convulsive ; seul le degré diffère. M^{lle} X... a passé successivement et progressivement de l'hystérie à la mélancolie, pour revenir ensuite à de l'excitation maniaque à type convulsif. M^{lle} Y..., au contraire, n'a pas de délire actif d'une certaine durée. On ne peut que lui reprocher certaines divagations délirantes très temporaires rappelant l'épilepsie.

Aussi, est-ce une de ces malades placées sur les frontières de la folie, qui pourraient aussi bien vivre de la vie commune que passer leur existence dans un asile. Il n'en est pas de même de M^{lle} X..., dont l'état, beaucoup plus grave pour le moment, réclamait un traitement immédiat. Elle tirera de son séjour à l'asile un bénéfice considérable, car son affection tend à la guérison, alors que l'état mental plus ancien et plus concret de M^{lle} Y... entraîne un pronostic plus incertain.

Ainsi que nous venons de le voir, la ligne de démarcation assignée aux psychoses n'est que pure convention : elle n'existe pas. Les vésanies touchent, en effet, de très près à toutes les affections organiques, de plus près encore à ces états que l'on rangeait « dans le vieux cadre des névroses ». Il est souvent bien difficile de dire si un malade a franchi ou non ce que l'on est convenu d'appeler les « frontières de la folie ». A mesure que l'aliénation fait des progrès et se rattache à la médecine générale, on s'aperçoit que « ce réduit où sont acculées les psychoses » est de plus en plus menacé. Et le jour viendra où l'aliéné ne sera plus, comme jadis, un réprouvé de la société, un abandonné de la science, mais le plus à plaindre des malades.

Médecine légale

DE LA CRIMINALITÉ

CHEZ LES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE L'AVEYRON

PAR LES DOCTEURS

J. RAMADIER,
Médecin directeur de l'asile
de Rodez.

et **A. FENAYROU,**
Méd.-adj. de l'asile de Blois,
Ancien interne de l'asile de Rodez.

Au début de ce travail il nous paraît nécessaire de nous expliquer sur le sens que nous avons attribué au mot criminalité. Pris dans son acception stricte, nous ne l'ignorons pas, ce terme ne saurait être associé à celui d'aliéné, car un aliéné ne peut à proprement parler être criminel ; aux termes de la loi, il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'acte. C'est à défaut d'une expression plus exacte que nous avons employé les mots : criminalité chez les aliénés ; par eux, nous avons entendu désigner les actes qui constitueraient des crimes ou des délits, s'ils étaient accomplis par des gens sains d'esprit.

Nous n'avons pas eu la prétention de présenter une étude complète de la criminalité, telle que nous l'avons définie, chez les aliénés aveyronnais ; nous nous proposons simplement d'exposer sur ce sujet certaines considérations basées sur l'examen d'un assez grand nombre d'observations et de dossiers de malades du département appartenant à la catégorie des aliénés dits criminels. Sans vouloir étudier d'une façon méthodique la criminalité dans les diverses formes de la folie, nous nous

bornerons à relater l'importance numérique anormale du groupe des aliénés dits criminels à l'asile de Rodez et à en rechercher les causes ; nous passerons ensuite en revue les principaux facteurs étiologiques de la criminalité chez les aliénés de l'Aveyron ; enfin nous nous demanderons quels seraient les moyens les plus efficaces de restreindre à l'avenir cette criminalité excessive et, incidemment, nous dirons quelques mots sur l'opportunité de la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels.

De ce que les documents que nous avons utilisés ont été puisés dans les observations d'aliénés dits criminels originaires de l'Aveyron, il ne s'ensuit pas que les considérations dans lesquelles nous allons entrer s'appliquent aux seuls aliénés de ce département. Bon nombre de particularités étiologiques ou autres, que nous signalerons, sont communes aux aliénés dits criminels et aux criminels ordinaires de l'Aveyron. On comprend aisément qu'il en soit ainsi, si l'on songe que les uns et les autres vivent dans le même milieu où ils sont soumis à des influences identiques.

L'interprétation des faits observés dans l'Aveyron, contrée essentiellement rurale, est encore, croyons-nous, susceptible de généralisation. Il est, en effet, vraisemblable que ce qui est exact pour le milieu que nous avons étudié l'est aussi, sinon absolument, du moins dans une large mesure, pour d'autres milieux ruraux.

I. — LE GROUPE DES ALIÉNÉS DITS CRIMINELS A L'ASILE DE RODEZ.

SOMMAIRE. — Importance numérique du groupe des aliénés dits criminels. — Tableau des crimes, délits et tentatives de suicide accomplis par les malades de l'Aveyron présents à l'asile de Rodez au 1^{er} janvier 1896. — La majorité de ces crimes et délits ont été commis par des dégénérés inférieurs. Ce fait est en rapport avec la prédominance des folies dégénératives infé-

rieures dans le département. — Tableau comparatif des admissions à l'asile pour chaque variété d'aliénation. — L'importance numérique excessive du groupe des aliénés dits criminels tient en grande partie à ce qu'on interne les aliénés tardivement. — Causes des retards apportés à la séquestration des malades. — Rôle joué par la conception fausse que le vulgaire se fait de la folie.

Dans le groupe des aliénés dits criminels, nous englobons tous les aliénés qui ont accompli des actes délictueux ou criminels, qu'ils aient été ou non l'objet de poursuites judiciaires. Ainsi constitué, ce groupe compte à l'asile de Rodez de nombreux représentants. La proportion du nombre des aliénés dits criminels par rapport à celui de la population de l'établissement est très élevée ; elle est, croyons-nous, plus considérable que dans la plupart des autres asiles. Au 1^{er} janvier 1896, il existait parmi les 406 malades internés, 96 aliénés dits criminels, soit une proportion de 23 p. 100.

Hommes et femmes contribuaient, pour une part inégale, à la formation de ce groupe, c'est ainsi que, sur les 212 malades du sexe masculin présents à l'asile à la même date, on comptait 65 aliénés dits criminels, soit 30 p. 100, tandis que, dans le sexe féminin représenté à l'asile par 194 personnes, il n'y avait que 31 malades de cette catégorie, soit une proportion de 16 p. 100.

Les chiffres inscrits dans ce tableau ne sauraient servir à établir la fréquence de la criminalité dans chaque forme de folie. Le seul fait qu'ils fassent ressortir, c'est que la grande majorité des crimes et des délits mentionnés ont été commis par des malades appartenant à la catégorie des dégénérés inférieurs (débiles, imbéciles et idiots). La supériorité numérique de cette fraction du groupe des aliénés dits criminels trouve son explication dans la prédominance des folies dégénératives inférieures dans le département.

En effet, la débilité mentale à ses divers degrés, l'im-

bécillité et l'idiotie s'observent communément dans l'Aveyron. Les folies vésaniques pures, au contraire, y sont assez rares ; encore, parmi les cas qu'on en rencontre, en est-il plus d'un que certaines particularités tendraient plutôt à faire ranger dans la classe des folies dégénératives. La folie épileptique, qui entre pour la plus grande part dans la constitution du groupe des folies névropathiques, est assez répandue ; mais bon nombre d'individus qui en sont atteints ne sont pas considérés comme aliénés ; aussi l'asile de Rodez compte-t-il peu d'épileptiques criminels. La classe des folies toxiques n'est pas très nombreuse ; la folie alcoolique est à peu près la seule variété qu'on en observe, mais elle ne se manifeste pas souvent à l'état de pureté. Enfin, la paralysie générale exerce peu de ravages dans le département, par suite de la rareté de ses principaux facteurs étiologiques (syphilis, alcoolisme, surmenage, etc.) chez les populations aveyronnaises sédentaires.

Le tableau suivant donnera une idée exacte de cette prédominance des folies dégénératives inférieures sur les autres formes d'aliénation :

*Diagnostica des malades aveyronnais admis à l'asile de Rodez
du 1^{er} janvier 1892 au 1^{er} janvier 1896.*

Folies vésaniques.			41
Folies névropathiques	(Épilepsie et hystérie).		30
Folies toxiques.	{ Folie alcoolique.		10
	{ Confusion mentale.		8
Folies organiques.	{ Paralyse générale.		16
	{ Démences.		29
Folies dégénératives.	{ Dégénérés { Idiots	7	
	inférieurs.	{ Imbéciles.	29
		{ Débiles.	106
	{ Dégénérés supérieurs.		8
Total.			284

A quoi tient l'importance numérique excessive du groupe des aliénés dits criminels à l'asile de Rodez ?

Elle tient en grande partie à ce que, d'une façon générale, on interne les aliénés tardivement, à la dernière extrémité, et qu'on leur laisse ainsi le temps et les moyens de commettre, sous l'influence de leurs troubles mentaux, des actes délictueux ou criminels.

Le retard apporté à l'internement des malades tient en partie à une fausse conception que l'on se fait de la folie dans le public. On a une tendance à croire que l'aliénation mentale implique une exaltation cérébrale, une agitation plus ou moins vive, et l'on admet généralement que l'intensité de la folie et le degré de nocuité des aliénés sont proportionnels à la violence de leur agitation. Les maniaques (et par maniaques nous désignons, non seulement les maniaques atteints de manie vésanique pure, mais ceux qui présentent un état maniaque symptomatique d'une autre maladie mentale) représentent aux yeux du vulgaire les véritables fous et les fous les plus dangereux; les autres malades, au contraire, aussi troublés soient-ils, souvent ne sont pas même considérés comme aliénés à raison de leur état de calme habituel, et, en tous cas, sont regardés comme inoffensifs. Dans ces conditions, l'internement, en tant que mesure de sécurité publique, semble ne s'imposer que pour les maniaques; effectivement, à part quelques exceptions, ces malades sont les seuls que l'on interne parfois hâtivement. Les autres, qui constituent la grande majorité des aliénés du département, sont, en règle générale, laissés en liberté aussi longtemps que possible. Malgré des expériences malheureuses trop souvent renouvelées, on attend, dans bon nombre de cas, pour provoquer leur séquestration, qu'ils aient prouvé par quelque acte délictueux ou criminel qu'ils étaient dangereux. On ne songe guère, en effet, à interner les malades pour les faire traiter. De même que l'on ne conçoit que d'une façon très imparfaite l'utilité

sociale des séquestrations hâtives, de même on ne se rend pas compte des bénéfices que les malades peuvent en retirer. Bien des gens croient que le séjour dans un asile, loin d'être profitable aux aliénés, leur est le plus souvent funeste. Aussi bon nombre de familles ne se résignent-elles qu'à regret et en cas d'absolue nécessité à provoquer l'internement de leurs malades.

Un autre motif qui empêche les parents de faire interner leurs malades, c'est la crainte du discrédit, de la déconsidération qui en résultera pour toute la famille.

Mais le plus grand obstacle au placement des malades à l'asile dès le début de l'affection, c'est le paiement du prix de pension. Voilà la grande pierre d'achoppement. Pour un grand nombre de familles dont les revenus sont restreints, et lorsqu'il s'agit d'indigents, pour presque toutes les communes rurales, la dépense qu'entraîne l'entretien du malade à l'asile constitue une lourde charge devant laquelle on recule le plus longtemps possible.

II. — ÉTIOLOGIE.

SOMMAIRE. — *Motifs et mobiles* : Fréquence des motifs et mobiles futiles, puérils ou absurdes. — Ses causes. — Distinction des aliénés dits criminels en criminels d'occasion ou accidentels et criminels d'habitude. — Rôle de l'occasion dans la genèse des crimes et des délits accomplis par les aliénés. — Influence de l'âge, du sexe, des professions. — *Caractère. Mœurs* : Leurs principales particularités agissant sur la criminalité. — Rudesse des manières. — Intensité de l'amour de la propriété. — Méfiance excessive. — Tendances processives. — Ces dispositions d'esprit se retrouvent chez les aliénés sous forme d'idées de richesse et de persécution. — L'existence d'idées de persécution est habituellement subordonnée à celle de préoccupations intéressées. — Crimes, délits et manifestations processives résultant du conflit de ces deux ordres d'idées. — Observations. — *Idées religieuses* : Intensité de la foi religieuse. — Fréquence des idées mystiques chez les aliénés. — Deux ordres principaux d'idées mystiques : Dieu et le paradis, d'une part ; le démon et l'enfer, d'autre part, sont susceptibles de provoquer des actes nuisibles. — Exemples. — *Instruction* : Elle est peu répandue dans l'Aveyron. — Le défaut d'instruction favorise la transformation en actes des idées qui ont fait

germer les facteurs ordinaires de criminalité. Il agit aussi en entretenant la croyance en une foule de superstitions dont on retrouve souvent la trace dans le délire des malades. — Des actes criminels sont parfois la conséquence de ces idées délirantes spéciales. — Observations.

MOTIFS ET MOBILES. — Envisagés séparément, indépendamment les uns des autres, les motifs et mobiles des crimes et des délits accomplis par les aliénés de l'Aveyron n'offrent rien de spécial aux malades de ce département ; mais, si on en fait une étude d'ensemble, on est frappé de la fréquence anormale avec laquelle certains caractères se retrouvent en eux. Ces caractères, plus ou moins nets, plus ou moins accentués selon les cas, sont la futilité, la puérilité, la niaiserie, l'absurdité même. On voit souvent les causes les plus insignifiantes engendrer les actes les plus graves ; la disproportion qui existe entre l'excitation et la réaction est parfois tellement choquante qu'en l'absence d'autres données elle permettrait seule de penser immédiatement que l'auteur du crime est un aliéné. Considérés en eux-mêmes, abstraction faite des actes qui les ont suivis, ces motifs et ces mobiles ne tendent pas nécessairement à l'accomplissement de crimes et de délits ; le but proposé est souvent un acte indifférent, ni bon, ni mauvais, quelquefois même une action utile ; mais les moyens mis en œuvre pour l'atteindre lui donnent un caractère de nocuité plus ou moins marqué qui en fait un acte délictueux ou criminel.

Les observations suivantes font bien ressortir les particularités que nous venons d'exposer :

Obs. I. — F... (Marie), quarante-neuf ans, célibataire, sans profession, a toujours été peu intelligente. De tout temps elle a eu un caractère très emporté ; les plus légères contrariétés provoquaient fréquemment chez elle des réactions aussi promptes que brutales. Son irritabilité et ses tendances à la violence étaient particulièrement manifestes lors des accès d'agitation

maniaque qui venaient de temps à autre se greffer sur son état congénital d'imbécillité.

Cette malade a tué son frère dans les circonstances suivantes : Celui-ci lui avait pris une pomme ; s'armant aussitôt d'un couteau, elle lui en donna dans le ventre un coup si violent que la mort fut instantanée. Emprisonnée à la suite de ce meurtre, elle a bénéficié, à raison de son état mental, d'une ordonnance de non-lieu. Jamais elle ne s'est rendu compte de la gravité de l'acte qu'elle a commis ; elle n'en a manifesté que par intervalles un vague repentir.

OBS. II. — G... (Jean), quarante et un ans, célibataire, berger, atteint d'imbécillité, a toujours été très violent. Il a tué d'un coup de couteau un jeune berger qui gardait son troupeau dans un champ voisin du sien. Voici en quels termes il a raconté lui-même les circonstances dans lesquelles il a commis cet acte : « Il (le berger) m'est venu entraver un soir avec son « troupeau, près de la montagne de mon patron. Je lui disais « bien de se retirer de là, mais il a resté malgré moi ; je m'ap- « prochai de lui pour lui faire un avertissement, pour le garan- « tir cet homme de par mon passage ; il m'a donné un coup de « pierre sur mon sourcil gauche ; il y a eu une femme qui venait « à la défense de mon ennemi ; alors je lui ai donné ce coup. »

G... éprouve une véritable satisfaction à narrer l'exploit qu'il croit avoir accompli en commettant ce meurtre ; il agrémente son récit de commentaires d'où ressort aussi nettement que possible la futilité du motif : « Cet enfant me gênait, dit- « il ; c'est uniquement pour cela que je me suis débarrassé de « lui. » Une autre fois, il s'exprime ainsi : « Il m'avait lancé « un coup de pierre ; il fallait qu'il le payât aux dépens de sa « careasse ; il travaillait sur un bien communal, il voulait « m'empêcher de gagner ma vie. » Et il ajoute en souriant : « Si vous voulez un bon couteau, achetez-le à Lagniolc ; ils sont « bons. »

Depuis qu'il est à l'asile de Rodez, G... a commis une série d'actes de violence de gravité variable, mais tous remarquables par la disproportion extrême qui existe entre les causes et les effets. Nous ne rapportons que le suivant : G... était occupé à balayer un dortoir situé au premier étage de son quartier, tandis qu'un autre malade chantait au rez-de-chaussée. Tout à coup, il est descendu, et a asséné au chanteur, cloué dans son lit par des rhumatismes et, par suite, impotent et sans défense, un coup de manche à balai qui lui a fracturé le radius. Pour se

justifier, il a allégué simplement que sa victime lui « tenait des raisons qui ne lui faisaient pas plaisir ».

Obs. III. — T... (Augustin), cinquante ans, célibataire, cultivateur, est atteint d'imbécillité. Il a été interné pour la seconde fois à l'asile de Rodez, à la suite de menaces de mort ayant reçu un commencement d'exécution. Il n'aime guère à raconter la tentative d'assassinat dont il s'est rendu coupable, non qu'il ait des remords, mais de peur que ses explications ne portent obstacle à sa sortie. Lorsqu'il se décide à parler, il n'est nullement ému, mais au contraire souriant : « Il était « fatigué, dit-il, de prévenir la servante de son frère de ne plus « baver dans la pâte en pétrissant le pain ; c'est pour cela qu'il « lui a tiré un coup de fusil ; il l'a attrapée dans le dos ; après « le coup, il n'a pas été voir si elle était morte ; il n'en sait « rien. Que lui importe d'ailleurs, c'était une mauvaise langue, « elle l'avait insulté en l'appelant cochon. S'il se trouvait dans « les mêmes conditions, il ne faudrait qu'un coup pour qu'il « recommence ».

Obs. IV. — C... (Rose), soixante-trois ans, mariée, sans profession, est atteinte d'imbécillité. Elle a commis une tentative d'incendie dans la maison qu'elle habitait. Elle raconte qu'« elle a mis le feu à la paille de son lit pour brûler les « puces. Elle l'a fait parce que ses voisins le lui avaient dit ; « sans cela elle n'eût pas eu cette idée. »

Obs. V. — M... (Auguste), dix-sept ans, célibataire, berger, est atteint d'imbécillité. C'est à peine s'il a appris à lire pendant les cinq ans qu'il a été en classe ; il comprend difficilement les questions les plus simples, n'a pas d'initiative, a besoin d'être dirigé en tout et pour tout.

Le fait suivant a été cause de son emprisonnement d'abord, de son internement ensuite. Il gardait ses brebis dans un champ situé non loin d'une voie ferrée, lorsqu'il eut l'idée de mettre un morceau de bois en travers des rails, pour voir si le train qui allait passer l'écraserait. Il mit aussitôt son projet à exécution et, après avoir placé la cale, resta aux environs de la voie pour se rendre compte de ce qui se produirait. Le train éprouva une secousse, mais ne dérailla pas. Après son passage, M... alla s'assurer de ce qu'était devenu le morceau de bois. Il était encore occupé à le rechercher, lorsqu'arriva un cantonnier envoyé de la gare voisine. Interrogé, il avoua sans peine le fait : « Il avait voulu s'amuser, mais n'avait pas cru mal faire ; il ne « se doutait nullement qu'on pût l'inquiéter pour une chose

« aussi insignifiante. » La façon dont il avait agi dénotait surabondamment l'absence d'intention criminelle. Son intelligence rudimentaire ne lui avait pas permis de penser aux conséquences désastreuses qu'eût pu entraîner l'amusement qu'il avait conçu. Ne songeant pas à mal faire, il n'avait pas eu de raison pour se cacher ; aussi n'avait-il pris aucune précaution pour éviter d'être vu et surpris ; il était resté tranquillement sur la voie, assez longtemps pour se laisser prendre et avait ensuite raconté naïvement ce qui venait de se passer.

Obs. VI. — B... (Henri), vingt-neuf ans, célibataire, cordonnier, présente des idées de persécution et de grandeur, greffées sur un fond assez accentué de débilité mentale. Il a une haute opinion de lui-même. « Il est maître de tout, dans sa « capacité ; il est le maître des arts et des sciences ; il a le droit « sur tout le monde. » Convaincu de sa supériorité, B... ne pouvait supporter que personne lui fit une observation. Un jour, à la suite d'une discussion insignifiante, il donna à son père un coup de tranchet dans la région précordiale et le blessa très grièvement. Lorsqu'on le questionne aujourd'hui sur cet acte de violence, il répond qu'« il a foutu le tranchet à son père, « parce que celui-ci lui avait donné un coup de pied de fer ; il « a agi à la mode corse ; puis, son père parlait allemand et « espagnol, et ce n'est pas convenable ».

Obs. VII. — B... (Pierre), cinquante-deux ans, marié, commissionnaire, atteint de démence, a provoqué un commencement d'incendie dans sa maison en entassant des sarments dans le foyer de la cheminée. Ce n'est que grâce à l'intervention des voisins que le feu a pu être éteint. De la prison où il avait été enfermé à la suite de ce fait, B... est conduit à l'asile. Là, il raconte au médecin en souriant qu'« un enfant lui avait dit « qu'il gagnerait de l'argent en faisant brûler sa maison ; car « elle valait environ 1,000 francs et il l'avait fait assurer pour « 3,000. Il a trouvé l'idée très bonne et a cherché à l'exécuter ».

Obs. VIII. — V... (Julie), cinquante-cinq ans, célibataire, domestique, était internée à l'asile depuis près de vingt ans, lorsqu'elle a commis l'acte que nous allons rapporter. Au moment de son admission, elle présentait un délire mélancolique greffé sur un fonds de débilité mentale très accentuée ; peu à peu ses facultés intellectuelles se sont affaiblies et depuis longtemps déjà elle est en démence. Sa mémoire a baissé ; elle a perdu toute conscience de ses actes. Cette oblitération de

l'intelligence de V... a été la cause de la mort de la malade N..., qui s'est suicidée dans les circonstances suivantes : Cette mélancolique, hantée depuis longtemps par des idées de suicide, réussit un jour à tromper la surveillance des infirmières préposées à sa garde et à se cacher dans un endroit retiré où se trouvait déjà V... Elle se coucha sous une table qu'elle disposa de façon à ce qu'une traverse reliant deux montants appuyât sur son cou. Mais comme la table n'eût pas suffi par son seul poids à provoquer l'asphyxie, N... engagea V... à se coucher sur ce meuble ; celle-ci obéit docilement. Lorsqu'au bout d'un instant, on s'aperçut du fait, le suicide était accompli. V... a été l'agent vraiment actif, mais inconscient, du suicide de N... ; elle ne s'est jamais rendu compte du rôle néfaste qu'elle a joué.

Obs. IX. — P... (Pierre), quarante-neuf ans, marié, surveillant de mines, présente, lors de son admission à l'asile, les symptômes ordinaires de la paralysie générale. Peu de temps avant son entrée dans l'établissement, il s'était livré à des violences sur sa femme dont il voulait ouvrir le ventre pour voir ce qu'il renfermait. A plusieurs reprises, il avait naïvement fait part à son beau-frère de son projet de procéder à cette opération pour satisfaire sa curiosité.

Obs. X. — R... (Augustin), quarante ans, marié, mineur, atteint de paralysie générale, a provoqué un commencement d'incendie dans la maison qu'il habitait, en allumant sans motif sur le plancher d'une chambre des fagots de genêts. Il a cherché ensuite à éteindre le feu en ouvrant le robinet d'une barrique de vin qui se vida complètement.

La futilité, la niaiserie, la puérilité, l'absurdité des motifs caractérisent les crimes et les délits des faibles d'esprit. Ces particularités se retrouvent, ainsi que le montrent les observations que nous venons de citer, aussi bien chez les sujets qui présentent une infériorité intellectuelle acquise que chez les malades atteints à un degré quelconque de débilité mentale congénitale. Il ne saurait en être autrement ; en effet, la faiblesse de l'intelligence, qu'elle soit originelle ou acquise, s'accompagne d'une inconscience et d'un manque de logique plus ou moins prononcés qui s'observent dans la plupart des manifestations de la vie psychique et,

en particulier, dans les motifs et les mobiles des actes criminels auxquels ils donnent les caractères spéciaux susmentionnés.

La fréquence exceptionnelle des motifs et mobiles futiles, niais, absurdes chez les aliénés dits criminels de l'Aveyron est en rapport avec la prédominance des folies dégénératives inférieures dans le département.

De l'étude des motifs et des mobiles il ressort que la grande majorité des aliénés dits criminels internés à l'asile de Rodez sont, si l'on peut appliquer à des aliénés le même vocable qu'aux criminels ordinaires, des criminels d'occasion ou accidentels. Crimes et délits ne sont le plus souvent que des incidents, des épisodes survenus au cours de l'affection mentale dont les malades sont atteints. En effet, dans la plupart des cas, les particularités psychiques (idées délirantes, agitation, hallucinations, illusions, impulsions, faiblesse intellectuelle, etc.) qui constituent les motifs et les mobiles de ces réactions nuisibles n'auraient pas provoqué les actes incriminés si un autre facteur ne s'était joint à elles ; ce facteur c'est l'occasion, c'est un ensemble de circonstances à la faveur duquel les tendances nocives des malades naissent, se réveillent ou s'exagèrent et se traduisent par des crimes ou des délits. L'occasion est essentiellement variable ; c'est ainsi qu'elle peut consister, par exemple, en une recrudescence du délire, en un accès d'agitation, une discussion, une querelle ou une simple rencontre fortuite ; elle peut être chose plus banale encore et résider dans le fait le plus insignifiant de l'existence. Aussi n'est-il guère possible d'ordinaire de distinguer parmi les événements de la vie, ceux qui deviendront, en grande partie par un effet du hasard, l'occasion d'actes nuisibles.

Dans cette association de l'occasion et des particu-

larités psychiques qui constitueront les motifs et les mobiles, association dont l'aboutissant est l'accomplissement de crimes et de délits, c'est l'occasion qui joue le rôle décisif chez les criminels accidentels, car elle donne à ces particularités psychiques l'activité qui leur est nécessaire pour déterminer l'acte et qui, sans elle, leur ferait défaut le plus souvent. Les observations XI, XIV, XV, XXXIII, font nettement ressortir la part respective prise par chacun de ces éléments dans la genèse des actes nuisibles commis par les malades appartenant à la catégorie des criminels accidentels.

L'asile de Rodez ne compte qu'un très petit nombre de criminels d'habitude, c'est-à-dire d'aliénés dits criminels qui soient en imminence presque permanente d'accomplissement de crimes ou de délits. Cette catégorie de criminels n'est guère représentée dans cet établissement que par des malades atteints d'imbécillité ou de débilité mentale très accusée, que leurs mauvais instincts poussent à faire le mal ; les fous moraux, les alcooliques, les épileptiques, etc., n'y entrent que dans une faible proportion. Chez ces sujets, les actes nuisibles relèvent à peu près exclusivement de l'état mental ; les motifs et mobiles trouvent en eux-mêmes l'énergie nécessaire pour provoquer les crimes ou les délits, énergie qu'ils empruntent à l'occasion chez les criminels accidentels. Les tendances nuisibles de ces malades ne demandent qu'à se manifester par des actes et, dans ce but, s'adaptent aux premières circonstances venues ; celles-ci, c'est-à-dire l'occasion, jouent, dans ces conditions, un rôle plutôt passif qu'actif.

(A suivre.)

Revue critique.

DE L'ÉPILEPSIE

AU POINT DE VUE CLINIQUE ET MÉDICO-LÉGAL

Par le professeur Paul KOVALEVSKY,

De Saint-Petersbourg.

L'épilepsie est une névrose, mais elle peut aussi se combiner avec des maladies mentales. Vu le lien étroit qui existe entre les manifestations nerveuses de l'épilepsie et les troubles de la vie mentale, je trouve possible de commencer par la description des manifestations nerveuses de l'épilepsie, pour passer ensuite à l'épilepsie psychique. Ce qui m'engage davantage à le faire, c'est que les médecins ont souvent affaire à la simulation des convulsions épileptiques, et non à celle de l'épilepsie psychique.

L'épilepsie se divise en épilepsie somatique et en épilepsie psychique. Ces deux espèces se subdivisent chacune à son tour en deux branches : l'épilepsie somatique en épilepsie grand-mal et en épilepsie petit-mal, et l'épilepsie psychique en épilepsie simple et en épilepsie complète.

ÉPILEPSIE GRAND-MAL. — L'épilepsie est une maladie nerveuse qui s'exprime par les accès isolés et passagers, se manifestant sous forme de convulsions. Chacun de ces accès de convulsions dure de trois à cinq minutes ; les intervalles qui les séparent et pendant lesquels le malade se porte parfaitement bien, peuvent durer depuis quelques jours jusqu'à des mois et des années. Cette maladie est connue depuis les temps les plus anciens et a toujours donné lieu à la simulation, car elle libère les malades de toute responsabilité et leur

donne beaucoup d'avantages, comparativement aux personnes bien portantes. On sait que quand David, roi d'Israël, était persécuté dans son adolescence par Saül, il fut obligé, entre autres, de fuir chez Achish, roi des Geths. On y apprit que c'était le même jeune homme qui avait tué Goliath, et David était menacé d'un grand danger. Il se laissa tomber devant la porte de la ville et simula un accès épileptique, ce qui le sauva de beaucoup de désagréments. Cela nous prouve que même les anciens Hébreux connaissaient l'épilepsie et, en cas de rigueur, avaient recours à sa simulation. Les Israélites d'aujourd'hui la connaissent aussi et ont aussi souvent recours à la simulation, du reste les autres races font de même.

L'approche de l'accès est précédée par des prodromes, portant le nom d'aura. Ce nom singulier d'« aura » leur a été donné par les anciens qui avaient observé que chez beaucoup de malades l'accès épileptique était précédé par la sensation d'un léger vent passant sur leur corps. Cette sensation commence par un pied ou une main, monte, et quand il approche de la tête, la crise convulsive éclate. Cependant, en réalité, cette sensation de vent n'arrive que rarement ; d'autres prodromes sont bien plus fréquents, on leur donne le nom d'aura par ancienne habitude, quoiqu'ils n'aient rien de commun avec le vent. Le plus souvent l'aura prend la forme d'hallucinations de la vue. Les malades ont des visions qui leur semblent toutes être teintées en rouge et représentent des incendies, du sang répandu, des scènes de guerre, etc. L'aura peut aussi prendre la forme d'hallucinations de l'ouïe, du toucher et des autres sens. Souvent elle se manifeste par une humeur hargneuse, irritable et agressive ; parfois apparaissent des accès de crainte, d'angoisse, de palpitations de cœur, d'insomnie. Dans d'autres cas encore elle prend la forme de contractions des muscles, d'une faiblesse générale, d'obsessions, etc. L'aura peut avoir une durée différente, depuis quelques secondes jusqu'à une heure et plus ; ordinairement elle dure si peu de temps, que les malades, sachant que l'accès de convulsions doit venir, n'ont pas le temps de courir jusqu'à leur lit.

L'attaque commence par une chute subite du corps,

accompagnée d'un cri perçant et glaçant l'âme. Le visage, pâle d'abord, prend une teinte de plus en plus foncée, devient blenâtre et enfin écarlate. La respiration s'arrête d'abord, ensuite elle devient bruyante et rauque, de la salive colorée de sang s'écoule de la bouche. La chute est accompagnée d'une raideur de tous les muscles et le corps se tord et se raidit dans telle ou telle direction. Le pouls est accéléré jusqu'à 120-140 pulsations à la minute, les pupilles sont dilatées et ne réagissent pas à l'excitation par la lumière. Le corps se couvre de sueur. Les dents sont serrées et souvent mordent le bout de la langue. Les veines du cou sont congestionnées. Les mains sont crispées en poing, le ponce fortement serré par les autres doigts, la conscience et la sensibilité manquent totalement, les réflexes n'existent plus. Cette tension tonique des muscles dure de dix à vingt secondes et passe à l'état clonique. On remarque avant tout des contractions dans les muscles du visage, ensuite dans ceux des mains, des pieds et de tout le corps. Les convulsions deviennent à un tel point violentes, que souvent le malade tombe du lit et elles peuvent même, dans des cas exceptionnels, causer la fracture des os des pieds ou des mains, la rupture du foie, etc. (Poliakow.) Sous tous les autres rapports, le corps reste dans les mêmes conditions que durant les convulsions toniques; parfois s'y ajoute une émission involontaire de l'urine, plus rarement celle des excréments, encore plus rarement l'éjaculation séminale; des vomissements ne s'observent que très rarement. Un pareil état dure de deux à quatre minutes; les convulsions se calment peu à peu et le malade s'endort. Ce n'est pas toujours par le sommeil que l'accès finit. Souvent les malades tombent dans un état de demi-somnolence et ne se sentent que déprimés et exténués. Ils ne se rappellent positivement pas ce qui s'est passé pendant l'accès et si en général ils en ont en un. Cet état d'amnésie suit les accès violents, ainsi que les accès légers.

Après l'accès, on observe une insensibilité complète, ou du moins une sensibilité diminuée des organes du toucher, du goût, de l'ouïe, de la vue et de l'odorat. Le champ visuel est extrêmement rétréci. Il est vrai qu'un

champ visuel restreint se remarque en général chez les épileptiques et, selon Ottolenghi (1), son anormalité peut être envisagée comme symptôme pathognomonique de l'état épileptique ; cependant, après l'accès, le champ visuel est plus restreint que de coutume. On observe dans l'organisme une faiblesse générale, une grande fatigue, des parésies et des paralysies partielles et passagères ; dans la région du cou, du visage et de la poitrine, de petites taches de sang ; de l'albumine se remarque souvent dans l'urine ; le poids du corps tombe généralement ; la tension idiomusculaire devient plus violente et plus intense. On a observé quelquefois une diminution du nombre des globules de sang et une modification de leur forme.

Les accès apparaissent pour la première fois dans le plus grand nombre des cas pendant l'enfance : depuis cinq à douze ans, plus rarement avant vingt ans et très rarement après vingt ans. Les intervalles entre les premiers accès sont excessivement longs : un an, deux ans ; ensuite les accès deviennent plus fréquents et, après dix à quinze ans, ils se répètent après une semaine, quelques jours et enfin tous les jours ; mais à mesure que les accès deviennent plus fréquents, ils deviennent beaucoup moins violents et durent moins longtemps. Des accès se répétant pendant des années et des années affectent la vie mentale des personnes qui en souffrent. Souvent ils sont suivis d'un abaissement du sentiment moral du malade (2) et peuvent même le faire tomber en démence.

Ce sont de semblables accès d'épilepsie convulsive qui sont souvent simulés par les recrues, dans le but d'être libérés du service militaire. Comme la simulation d'un accès de convulsions épileptiques arrive très fréquemment, chaque médecin doit savoir distinguer un accès d'épilepsie véritable d'un accès simulé. Involontairement la question surgit : y a-t-il des symptômes de l'accès de convulsions épileptiques qui ne soient

(1) Ottolenghi. Nuove osservazioni sul campo visivo in psycopatie. *Archivio di psichiatria*, t. XII, § 1 et 2.

(2) Ottolenghi. Epilessie psichiche in criminali, *Archivio di psichiatria*, t. XII, § 1.

propres qu'à lui, et ne se rencontrent dans aucun autre cas et qui ne puissent en même temps manquer dans aucun accès épileptique? Nous examinerons dans ce but chaque symptôme principal de l'épilepsie en particulier.

Le cri. — Avant l'accès de grand-mal, le malade pousse un cri sauvage et strident, un cri à un tel point aigu et perçant, qu'il est réellement caractéristique pour l'épilepsie et qu'il a été envisagé comme un de ses symptômes principaux. Nous pouvons répondre premièrement que le cri épileptique n'existe pas toujours. D'après les observations d'Oliver, le cri ne se rencontre que dans 5 p. 100 des cas. En outre, le cri est souvent remplacé par un gémissement, ou même une respiration particulière, rauque et pénible. L'absence du cri épileptique ne prouve donc nullement que nous n'avons pas affaire à une véritable épilepsie et que l'accès est simulé. Secondement, le même cri s'observe avant un accès hystéro-épileptique; donc sa présence ne démontre non plus rien de caractéristique pour l'épilepsie. Enfin, en s'exerçant, on peut parvenir à simuler le cri. Le cri épileptique attire l'attention pour cette raison, que c'est le premier signal du commencement d'une attaque, dont le spectacle fait une impression profonde et pénible. Presque toujours le malade tombe en poussant le cri et, aussitôt, commencent les convulsions toniques de tout le corps. Il paraît que le cri par lui-même est provoqué par un spasme tonique du larynx et des organes de la respiration; peut-être aussi est-il une dernière expression de la conscience et du désespoir de l'âme terrifiée par l'approche de l'accès épileptique. Dans tous les cas, ce symptôme, quoique très frappant, n'est pas assez sûr et assez important pour que l'on puisse, selon son absence ou sa présence, affirmer ou nier un accès épileptique.

Chute subite et violente du corps. — L'accès de convulsions épileptiques commence presque toujours subitement, ce qui fait que les épileptiques tombent du coup, sans prendre garde à l'endroit où ils tombent, et se font souvent un mal sérieux. Les vrais épileptiques tombent le plus souvent sur le visage, rarement sur le dos. Les simulateurs, dit-on, choisissent presque toujours l'endroit où ils puissent tomber sans trop se faire mal.

Cependant, je ne suis pas de cet avis. Ceux qui veulent simuler s'y exercent d'après les indications de personnes expérimentées et celles-là ne peuvent manquer de leur indiquer cette particularité de l'accès épileptique. Au contraire, j'ai vu des simulateurs qui, à mon approche, tombaient lourdement et tâchaient de se faire mal. D'un autre côté, mes collègues et moi, nous avons pu constater des cas où de véritables épileptiques, grâce aux symptômes prodromaux, avaient le temps d'arriver avant l'accès jusqu'à leur lit, et c'est au lit que l'accès se déclarait. Par conséquent, ce symptôme ne peut non plus être envisagé comme positif, quoiqu'on ne puisse pas ne pas le prendre en considération.

Pâleur du visage. — Ordinairement le visage est pâle au commencement de l'accès, puis il devient bleuâtre, rouge et enfin écarlate. Pâlir à volonté est très difficile, mais n'est pas impossible. La disposition d'esprit et les souvenirs peuvent, me paraît-il, jouer un rôle par rapport à la pâleur à volonté. D'un autre côté, nous ne devons pas oublier les circonstances dans lesquelles un accès épileptique se simule. Si quelqu'un trouve nécessaire de simuler l'épilepsie, il doit avoir des raisons graves, — il sait aussi quelles seront les suites s'il est démasqué. En se décidant à la simulation, il est certainement très agité. Cette agitation peut s'exprimer par la pâleur du visage. De cette manière, la pâleur, comme suite de l'agitation, vient elle-même en aide au simulateur, sans qu'il y pense. Le simulateur tombe. Les convulsions commencent. Il est tout à fait naturel que le visage devienne d'abord blenâtre, puis rouge et enfin écarlate. De cette manière la pâleur du simulateur est une suite de son état moral, les teintes qui suivent la pâleur proviennent des convulsions, même si ces dernières sont simulées. Il faut encore ajouter que la pâleur du visage n'est pas un symptôme constant de l'épilepsie. Il y a des cas où l'on ne remarque pas de pâleur au commencement de la seconde période de l'accès épileptique; il y en a aussi où le visage est rouge dès le commencement de l'attaque.

Convulsions tétaniques ou toniques. — Les convulsions toniques sont une suite de contractions des muscles à un tel point rapide, qu'avant la fin d'une contraction une

autre commence, ce qui fait que les muscles sont en contraction constante (Oliver). Souvent la contraction tonique des muscles d'un côté du corps est plus violente que celle de l'autre côté. Au premier moment de l'accès, cette contraction tonique des muscles est très violente, de sorte qu'il est très difficile de l'atteindre artificiellement ; cependant, en recevant quelques indications et en s'exerçant, on peut y parvenir. Il est vrai qu'il est difficile de contracter à volonté tous les muscles de l'organisme à un degré égal ; les uns seront plus tendus, les autres le seront moins. Mais c'est ce qui correspond à la réalité. D'après l'opinion de Séguin, les simulateurs oublient souvent la crise de convulsions toniques et commencent l'accès par les convulsions cloniques. Certainement que vu les circonstances dans lesquelles l'épilepsie se simule, un tel oubli et une telle bévue de la part du simulateur peuvent arriver, mais dans tous les cas seulement comme exception. Nous voyons donc qu'il est possible de simuler les convulsions toniques et elles ne nous donnent pas la possibilité de distinguer un véritable accès d'un accès simulé. Il n'en est pas ainsi par rapport à la raideur des différentes parties du corps. On sait que, pendant l'accès épileptique, le ponce est le plus souvent (cependant pas toujours) serré par les autres doigts contre la paume de la main. Si l'on essaie d'écarter le ponce, cela ne réussit qu'à grand-peine et on risque même de le casser. Nous observons la même résistance chez les simulateurs. Sous le rapport donc de la raideur du ponce, l'épileptique véritable ne se distingue en rien du simulateur. Mais voici où la différence se fait remarquer : le ponce de l'épileptique ne revient pas à sa position première, ou n'y revient que peu à peu et très lentement, tandis que les simulateurs, se rappelant l'importance de ce symptôme, tâchent de faire reprendre immédiatement au doigt sa position courbée et l'y tiennent de force, trahissant par là qu'ils le font à dessein. De cette manière, c'est sur ce symptôme de peu d'importance à première vue qu'il faut faire attention, et quoiqu'il ne puisse servir de symptôme incontestable, affirmatif ou négatif, il peut être d'un grand aide associé aux autres symptômes.

Les *convulsions cloniques* se développent peu après les convulsions toniques et consistent dans une alternance rapide de la contraction et du repos des muscles (Oliver). Elles se manifestent presque toujours d'une manière plus violente d'un côté du corps que de l'autre, parfois même elles ne se montrent que d'un côté. Elles commencent généralement par la main opposée à la direction dans laquelle la tête est inclinée. À mesure que l'accès se développe avec plus de violence, les convulsions passent sur le pied du même côté, ensuite vient le tour du pied opposé et enfin de la main opposée. On ne sait trop pourquoi, mais c'est presque toujours du côté droit que les convulsions commencent. L'inclination de la tête d'un côté dépend de ce que le muscle sterno-cléido-mastoïdien est plus contracté d'un côté que de l'autre, ce qui fait que la tête s'incline vers le côté atteint et le visage s'en détourne. Après avoir atteint son point culminant, l'accès continue dans l'ordre contraire. Les simulateurs ne le savent ordinairement pas et s'efforcent de reproduire les convulsions des deux côtés du corps également. Par cette raison, on n'observe pas chez les simulateurs la position irrégulière du visage que nous avons indiquée. Trousseau attire l'attention sur ce symptôme; mais il ajoute lui-même que si les simulateurs connaissaient cette circonstance, ils auraient facilement pu la simuler.

L'écume à la bouche et le bout de la langue mordue par les dents peuvent se rencontrer chez les vrais épileptiques, ainsi que chez les simulateurs. L'écume à la bouche provient d'une sécrétion trop abondante de salive; elle est une suite, paraît-il, de la contraction des muscles du visage qui serrent les glandes produisant la salive. Une sécrétion trop abondante de la salive est un symptôme fréquent d'épilepsie et arrive surtout pendant l'aura épigastrique; la substance de la salive est la même que pendant l'excitation de la corde du tympan (Oliver). Féré a observé un cas où l'accès épileptique était précédé par une aura épileptique s'exprimant par une sécrétion surabondante de salive. Une aura semblable se rencontre parfois chez les épileptiques souffrant de vers intestinaux. La coloration de la salive par le sang provient de ce que la langue mordue saigne,

ainsi que d'une transsudation violente du pharynx. Les morsures de la langue sont très fréquentes chez les épileptiques, ce qui fait que chez les vrais épileptiques (chez beaucoup d'entre eux, mais pas chez tous), on observe sur la langue de vieilles cicatrices, comme traces d'accès qu'ils ont eus dans le passé. Le simulateur n'a non plus pitié de sa langue, mais les cicatrices qu'elle porte sont fraîches, ce qui prouve leur origine récente.

Pouls. — On cite parmi les symptômes obligatoires et incontestables de l'épilepsie, le pouls accéléré et les pupilles dilatées pendant l'accès. Nous reviendrons sur les pupilles. Quant au pouls, il ne peut avoir qu'une signification positive, et n'en a jamais une négative. Un pouls accéléré (90, 120, 140') peut se rencontrer chez les vrais épileptiques, ainsi que chez les simulateurs par suite des mouvements forcés des muscles. Cependant, il faut ajouter qu'il y a des cas où le pouls de l'épileptique est à 48' pendant l'accès (Oliver); ces cas sont très rares, il est vrai, mais j'ai en moi-même l'occasion d'en observer. Voisin a trouvé, en examinant sphymographiquement le pouls des épileptiques que pendant l'accès la courbe du pouls devient plus courte, plus basse et plus arrondie, tandis qu'après l'accès on observe le contraire. Féré dit que tous ces phénomènes ne sont ni constants, ni obligatoires; les particularités de la courbe du pouls pendant l'accès sont les mêmes qui se remarquent après chaque mouvement forcé des muscles et elles ne sont nullement caractéristiques pour l'épilepsie. D'après Féré, la pression du sang pendant l'aura, ainsi que pendant l'accès, monte extrêmement, tandis qu'après l'accès elle tombe plus bas que la normale et se maintient à ce degré pendant vingt-quatre heures. Quand les accès se suivent rapidement, la pression du sang tombe extrêmement. Pendant les vertiges, le changement de la pression du sang s'observe aussi, mais à un degré plus faible. Prenant en considération que la transpiration de beaucoup d'épileptiques a une odeur spécifique extrêmement âcre, Smith est arrivé à la conclusion que la substance du sang des épileptiques doit se modifier, du moins à certaines époques. D'après ses observations, la quantité d'hémoglobine dans le sang des épileptiques diminue;

le sang des épileptiques, pendant et après les accès, devient plus épais et plus lourd. Les observations de Winckler ont cependant prouvé que, sans l'influence d'accès épileptiques, la quantité des globules rouges du sang ne change pas, la quantité d'hémoglobine non plus, tandis que sous l'influence de l'excitation épileptique le nombre des globules rouges du sang, ainsi que la quantité d'hémoglobine, diminue pour revenir à la normale quand l'excitation a passé.

Pupilles. — Quelques aliénistes affirment que la dilatation de la pupille pendant un accès épileptique est un symptôme incontestable de vraie épilepsie ; d'un autre côté, c'est un symptôme à un tel point indispensable et constant, que s'il manque, c'est que l'accès épileptique est simulé. Miller dit : « *Pupillæ semper dilatæ.* » Ce symptôme est réellement sûr et il se rencontre presque toujours, mais cependant pas toujours. Une fois qu'on lui attribue une importance aussi grande et qu'on sait que la maladie peut s'écarter de son cours normal, il faut être extrêmement prudent et circonspect par rapport à ce symptôme. Avant tout, il faut remarquer qu'il ne s'observe pas dans tous les cas d'épilepsie. J'ai eu l'occasion d'observer des cas d'épilepsie où il n'y avait pas de dilatation de la pupille pendant les accès, sa grandeur restait la même et sa réaction à la lumière normale. Il m'est même arrivé d'observer des cas où, au lieu de se dilater, la pupille se rétrécissait jusqu'à une grandeur minimale et se dilatait après l'accès jusqu'à sa dimension habituelle. En outre, Brücke nous dit, dans sa *Physiologie*, qu'il connaissait un médecin qui savait dilater ses pupilles à volonté. Comment il le faisait, il ne s'en rendait pas compte lui-même ; mais, dans tous les cas, il pouvait le faire. Si un médecin pouvait le faire, pourquoi cela ne serait-il pas possible à une recrue intelligente et adroite ? Le Dr Szontagh (1) a démontré à la Société médicale, sur sa propre personne, comment on pouvait à volonté dilater les pupilles ; la dilatation se faisait de 3,4 à 5,5 et 6,5 millimètres. Il ne se rendait pas compte comment il le faisait. Dans tous les

(1) Szontagh. Spontane Erweiterungs-fähigkeit der Pupille. *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1892.

cas, une violente contraction des muscles y est nécessaire. Il est possible que ce soient les vaisseaux jugulaires qui se rétrécissent, qu'un changement se fasse dans la manière dont le sang remplit les cavités du crâne et de l'œil, ce qui provoque la dilatation de la pupille ; il est encore possible que ce phénomène provienne à la suite de la pression sur les nerfs et les ganglions sympathiques disposés dans la région du cou. Le professeur Bekhterew (1) a observé une femme qui pouvait à volonté dilater la pupille droite. Elle y parvenait au moyen d'efforts qui provoquaient une certaine rigidité de l'œil. Pour rendre la pupille normale, il suffisait à la malade de fermer les yeux plusieurs fois de suite. L'obscurité ou la clarté ne jouaient aucun rôle dans ces mouvements volontaires de la pupille. La pupille droite se dilatait chez cette malade à peu près trois jours avant sa menstruation. Nous connaissons donc plusieurs cas de dilatation de la pupille à volonté ; mais nous n'en avons pas un où l'on ait eu recours à ce moyen pour cause de simulation. Je ne parle même pas de l'atropine qu'on se met dans les yeux, c'est une simulation trop grossière ; mais même sans prendre en considération tout ceci, la dilatation de la pupille ne peut être envisagée comme symptôme assez grave pour que son absence ou sa présence donne le droit de constater une épilepsie véritable ou simulée. Il n'y a pas longtemps, le professeur Salgo (2) a décrit un cas extrêmement intéressant de simulation de maladie mentale et d'épilepsie, où le simulateur, un simple artisan, dilatait à volonté sa pupille, entre autres symptômes. Il y parvenait en retenant la respiration et en fixant un point éloigné.

Tous ces faits prouvent qu'il faut être prudent par rapport au symptôme de la dilatation de la pupille pendant l'épilepsie. Mosso, Oliver et d'autres, trouvent que la dilatation de la pupille n'est pas un symptôme obligatoire de l'épilepsie. Mairat a affirmé au Congrès des aliénistes, à Lyon, dans sa communication sur l'état des pupilles pendant l'accès épileptique, que dans quelques cas la dilatation de la pupille se remarque encore avant

(1) Professeur Bekhterew. *Messenger neurologique*, 1895.

(2) Salgo. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. B. 52.

le commencement de l'accès. Pendant la période des convulsions de l'accès, la pupille est presque toujours dilatée; pendant l'état de dépression qui suit l'accès, la pupille reprend ses dimensions naturelles, ou bien même elle se rétrécit plus que la normale. Les recherches d'Abundo ont prouvé : 1° que pendant le coma qui suit un accès violent, la pupille réagit à la lumière très lentement; 2° que la dépression psychique qui suit l'accès épileptique a une grande influence sur l'état de la pupille; 3° que quand les accès ne sont pas violents et ne sont pas suivis de troubles psychiques, l'état de la pupille peut ne subir aucun changement; dans ces cas, on observe même un léger rétrécissement de la pupille; 4° qu'après des accès violents accompagnés de troubles psychiques, le rétrécissement de la pupille se rencontre très rarement; il en est de même dans les cas d'intensité moyenne; 5° que si la pupille se rétrécit chez les épileptiques, sa dilatation à une clarté faible n'atteint jamais le même degré que chez les personnes bien portantes; 6° que des rétrécissements rapides de la pupille après un accès épileptique n'arrivent jamais. Agostini a vu des cas où, après les accès épileptiques, les pupilles se dilataient et réagissaient avec plus d'énergie qu'à l'état normal.

Etat des vaisseaux sanguins du fond de l'œil. — Golensowsky n'a pas trouvé d'anémie de la rétine pendant l'accès; mais en revanche, il a toujours trouvé une hyperémie des veines avec élargissement des capillaires. La plupart des auteurs d'autrefois étaient d'avis que pendant l'accès épileptique, les vaisseaux du fond de l'œil étaient congestionnés. Jackson a été le premier à prouver qu'il y avait des cas où les manifestations épileptiques étaient suivies d'une congestion des parties intérieures de l'œil moins forte qu'elle ne l'est d'ordinaire; des cas semblables sont décrits par Alburt, Tebaldi, Robin, Hanemann, Aldrige, Hammond et par d'autres.

De Wecer trouve un rétrécissement considérable des artères pendant la période de la pâleur du visage au commencement de l'accès épileptique; d'après Kastel et Nemetschek, on remarque, pendant la période des convulsions épileptiques, un élargissement des artères

à cette période. Les recherches d'Abundo ont prouvé : 1° après l'accès épileptique les vaisseaux de sang du fond de l'œil sont congestionnés ; 2° le degré de congestion dépend de l'intensité de l'accès ; 3° cette congestion ne porte pas un caractère actif ; 4° quand il y a une dépression mentale, le degré d'intensité de cette congestion est en rapport avec la dépression ; 5° les congestions pendant les pertes de connaissance et les vertiges épileptiques n'atteignent pas le degré qu'elles atteignent pendant les convulsions épileptiques ; 6° on remarque rarement une différence entre le degré de congestion des deux yeux après l'accès ; 7° en examinant à plusieurs reprises à l'ophtalmoscope le fond de l'œil des épileptiques pendant les intervalles lucides, on peut préciser à peu près la durée des accès épileptiques. Kniess émet l'opinion que l'arrêt du sang dans les veines de la rétine, qu'il a observé chez un épileptique, était précédé par un spasme des artères, provoquant une cécité passagère. Il pense que pendant l'accès épileptique, un spasme s'opère dans les capillaires de l'œil ; quand le spasme s'arrête, les convulsions cessent aussi et peu à peu le malade revient à l'état normal. On remarque, en même temps, une stagnation dans les veines de la rétine et du nerf optique, qui augmente à mesure que l'accès approche ; plus les accès se succèdent rapidement, plus l'arrêt du sang dans la rétine augmente. Staderini nous a donné la description d'un malade de trente-deux ans qui souffrait d'accès de petit-mal. Après un violent accès de vertige avec perte de connaissance, il ne voyait rien de l'œil gauche ; l'œil droit voyait tous les objets comme enveloppés d'un brouillard ; l'examen ophtalmoscopique démontra une ischémie de la rétine. La vue revint peu à peu.

D'Abundo croit que l'influence des accès épileptiques sur le *champ visuel* s'exprime de la manière suivante : 1° après l'accès épileptique, le champ visuel se rétrécit considérablement ; 2° le degré de ce rétrécissement dépend de l'intensité de l'accès ; 3° ce trouble est une suite de la raideur du corps et de la dépression mentale ; 4° la dépression mentale influe sur le degré d'intensité du phénomène décrit ; 5° on ne remarque

pas de différence entre le rétrécissement du champ visuel des deux yeux ; 6° le rétrécissement du champ visuel ne prend pas la forme de l'hémianopsie ; 7° il existe presque toujours une dépendance entre l'affection du fond de l'œil et le rétrécissement du champ visuel. Ottolenghi a trouvé, dans les intervalles entre les accès, le champ visuel des épileptiques plus rétréci que la normale et de forme irrégulière, parfois même ayant la forme de scotome.

Les recherches sur l'*acuité de la vision* des épileptiques ont donné les résultats suivants : 1° après l'accès épileptique l'acuité de la vision baisse proportionnellement à l'intensité de l'accès ; 2° l'altération de l'acuité de la vision n'est pas stable chez les jeunes gens ; 3° la dépression mentale influe sur le degré et la durée de l'affaiblissement de la vue ; 4° il y a une certaine dépendance entre l'affaiblissement de la vue et l'état des vaisseaux de sang du fond de l'œil. D'après Agostini l'acuité de la vision des épileptiques ne change presque pas après l'accès. Après les accès épileptiques nous rencontrons des désordres chromatiques très considérables et dont l'intensité dépend du degré de violence de la dépression mentale : 1° les cas récents d'épilepsie donnent des changements peu considérables ; 2° l'épilepsie petit-mal donne ordinairement des suites négatives ; 3° les phénomènes chromatiques dépendent des altérations des vaisseaux du fond de l'œil.

L'urine. — Quelques aliénistes envisagent comme symptôme caractéristique de l'épilepsie la sécrétion involontaire de l'urine (Stewart). Oliver est cependant d'un avis contraire, vu qu'on peut observer beaucoup de cas d'épilepsie où ce symptôme manque ; on connaît en même temps beaucoup de cas d'hystéro-épilepsie avec sécrétion involontaire de l'urine. Ce qui est important, c'est que ce symptôme est propre aux cas graves d'épilepsie, quoiqu'il se rencontre parfois aussi dans les cas où la connaissance ne se perd pas complètement, et même dans les cas de petit-mal. Dans quelques cas, le besoin d'uriner précède et prédit l'approche d'un accès et si on le satisfait, l'accès peut ne pas éclater, sinon l'accès a lieu. Parfois on observe une sécrétion très abondante après l'accès (Hollager). La sécrétion invo-

lontaire de l'urine est dans le plus grand nombre des cas une suite de l'état convulsif des muscles abdominaux ; dans d'autres cas, c'est la suite de la paralysie des muscles de la vessie.

Huppert a été le premier à attirer l'attention sur l'importance diagnostique de l'albuminurie, observée tout de suite après l'accès. Des recherches précises ont cependant démontré que, quoiqu'on trouve réellement de l'albumine dans l'urine après un accès épileptique, ce n'est cependant pas un symptôme constant et obligatoire. Hollager a trouvé de l'albumine dans l'urine après une période épileptique. D'après Smith, la quantité des phosphates augmente après les accès épileptiques, par suite d'une activité nerveuse plus intense ; d'après Mairé, il en est de même par rapport à la quantité d'azote. Zuelzer a trouvé que, dans quelques cas d'épilepsie, la formation relative de l'acide phosphorique dans les intervalles entre les accès est au-dessous de la normale ; elle s'accroît visiblement de suite après l'accès ; on remarque parfois que la quantité d'acide phosphorique augmente sans qu'il y ait eu d'accès, mais dans ce cas on peut toujours présumer que l'accès a passé inaperçu. D'après Lailler, l'urine contient après l'accès épileptique une plus grande quantité d'acide phosphorique que la normale, tandis que la quantité d'urée est moindre ; si les accès épileptiques se suivent rapidement, la quantité d'urée augmente, ainsi que celle d'acide phosphorique. D'après les recherches de Rivano, les jours d'accès, la sécrétion de l'urine chez les épileptiques est toujours plus abondante que de coutume, en moyenne environ de 7 p. 100 ; la quantité générale d'acide phosphorique augmente les jours d'accès environ de 33 p. 100 ; ce surplus se rapporte presque toujours à la quantité des phosphates. Ce symptôme se remarque aussi pendant l'épilepsie petit-mal : ce qui indique, d'après Mairé, que l'activité nerveuse est plus énergique que de coutume. Birt a trouvé dans l'urine des épileptiques une quantité diminuée de phosphates organiques et un accroissement absolu des glycérimo-phosphates. Cet accroissement s'opère, selon toute probabilité, aux dépens de la lécithine du cerveau. Haig a examiné l'urine de beaucoup d'épileptiques de suite

après l'accès et a trouvé que cette urine contenait toujours une quantité d'acide urique plus grande que la normale, tandis qu'avant l'accès et quelque temps après l'accès, la quantité d'acide urique tombe au-dessous de la normale. Il a même émis l'opinion qu'en augmentant ou en diminuant la quantité d'acide urique dans l'organisme de l'épileptique, on pouvait à volonté prévenir ou hâter l'accès épileptique. Rossi (1) a trouvé qu'avant l'accès épileptique, par suite d'une métamorphose incomplète dans les tissus, surtout dans le sang et dans le cerveau, une grande quantité de principes toxiques, de la créatinine surtout, s'y amasse et excite la région psychomotrice. Pendant l'accès, la métamorphose de la matière, ainsi que la restitution, augmentent d'énergie. Pendant la période qui suit l'accès, les produits de la métamorphose inverse s'excrètent par les reins. Dans les périodes de calme relatif, les processus de restitution et de démolition s'opèrent plus ou moins également et les tissus ne subissent pas l'effet nuisible des matières toxiques. Edes a remarqué pendant le *status epilepticus* un accroissement de la quantité d'urine, ainsi que de celle d'urée, ce qui l'amène à cette conclusion, que pendant le *status epilepticus* les matières albumineuses se détruisent trop énergiquement. Féré a rassemblé consécutivement l'urine des épileptiques pendant l'accès et a fait des recherches sur sa nature toxique; il s'est trouvé que l'urine contenait le plus de toxique vers la fin de l'accès. Après l'accès, la nature toxique de l'urine passe peu à peu. Il est difficile de dire à quel point les recherches de Féré sont justes, car jusqu'à présent elles n'ont été confirmées par personne. Dans tous les cas, si ces données se trouvaient être justes, elles joueront un rôle très important pour aider à comprendre l'essence même de l'épilepsie. Il se trouve donc que l'urine offre sous différents rapports un très grand intérêt dans la pathologie de l'épilepsie, et des recherches dans cette direction peuvent donner des résultats très sérieux et très importants.

Les *vomissements* sont un symptôme très rare pen-

(1) Rossi. *Annali di freniatria*, 1894.

dant l'épilepsie et s'ils arrivent, c'est pendant la période prodromale, ou après l'accès. En ce qui me concerne personnellement, je n'ai en que très rarement l'occasion d'observer des vomissements après les accès épileptiques et jamais je n'en ai vu pendant l'accès. Cependant, dans les cas où les vomissements arrivent, ils sont un symptôme très désagréable et peuvent même être dangereux, pouvant étrangler le malade.

L'*émission involontaire des excréments* pendant l'accès est aussi un cas très rare et si cela arrive, c'est par suite des spasmes des muscles abdominaux, et non de la paralysie des sphincters du rectum.

Les *sugillations* sur différentes parties du corps se rencontrent souvent. Trouseau a particulièrement fait attention à ce symptôme. Ces taches peuvent être de grandeur différente, depuis celle d'une morsure de puce, jusqu'à la grandeur d'une pièce de 20 kopecs et plus. Si ces taches ont une grande dimension, elles se montrent presque toujours symétriquement, de préférence sur le visage, sous les yeux, sur le cou ; si les taches sont petites, elles apparaissent toujours en grande quantité et se disposent ou bien d'un seul côté du corps, ou bien des deux. Les sugillations sont un symptôme assez rare d'épilepsie ; quand elles se manifestent, elles peuvent servir de preuve que l'accès est véritable. Il est très difficile, sinon impossible, à un homme qui ne s'y entend pas, de se faire soi-même des sugillations, surtout de toutes petites. Quand ce symptôme existe, il peut être envisagé comme très grave et très important. Il existe bien plus souvent qu'on ne le croit généralement (Berger, Oliver, Dragomanow), il faut seulement se donner la peine de le chercher après l'accès.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1897.

Présidence de M. PAUL GARNIER.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Mort de MM. J. Luys et L. Camuset.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société, du décès de MM. J. Luys, membre honoraire, et L. Camuset, membre correspondant.

M. Luys ayant été président de la Société médico-psychologique, la séance a été, suivant l'usage, suspendue en signe de deuil.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de remerciements de M. Thibaud, nommé membre correspondant, et de M. Sanjuan, nommé membre associé étranger à la dernière séance ;

2° Une lettre de M. Deny, médecin de Bicêtre, posant sa candidature à l'une des places vacantes de membre titulaire ;

3° Une lettre de M. Bélières, de Paris, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Falret, Paul Garnier et Arnaud, rapporteur ;

4° Une lettre de Kéraval, médecin-directeur de l'asile d'Armentières (Nord), sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Christian, Aug. Voisin et Tagnet, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Annuaire des sociétés savantes, littéraires et artistiques de Paris ;*

2° Discours prononcés à la séance générale de Congrès des sociétés savantes le 24 avril 1897, et des exemplaires du programme du prochain Congrès ;

3° Divers travaux de M. Miguel Bombarda, de Lisbonne.

*Rapport médico-légal sur un persécuté-persécuteur
homicide et suicide.*

M. LEGRAS. — Dans quelque circonstance qu'apparaisse le délire, il est toujours la traduction extérieure et tangible d'une perturbation fonctionnelle du cerveau, inconnue jusqu'à présent dans son essence ; conséquemment il n'est qu'une expression symptomatique qui, à elle seule, ne peut former une entité morbide. Néanmoins, dans certains cas qui se rencontrent spécialement dans la clinique mentale, cette manifestation pathologique prend une allure si nettement tranchée, si strictement délimitée, si invariablement stéréotypée, qu'on est obligé, vu la situation présente de nos connaissances médicales, d'élever d'un degré le symptôme délire, et de l'admettre provisoirement comme constituant une classe nosologique à part, qu'on a désignée sous le vocable de délire chronique de persécution, ou de psychose systématique progressive. C'est un exemple de cette affection que j'ai l'honneur de faire connaître à la Société médico-psychologique, et qui me semble surtout remarquable par la longue durée de l'évolution de la maladie, et par le relief, singulièrement prononcé et précis, qu'ont revêtu quelques-uns des divers incidents cliniques.

OBSERVATION

Délire chronique de persécution. — Évolution exceptionnellement longue. — Agression homicide. — Tentative de suicide. — Prévention. — Non-lieu et internement consécutif.

Nous, soussigné, commis par M. Huet, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, à l'effet de procéder à l'examen mental du nommé X..., inculpé de tentative de meurtre, etc., certifions consigner dans le présent rapport le résultat de notre examen.

Actif, intelligent, X... est arrivé à la vieillesse, sans avoir pu réaliser le désir unique et profond de toute sa vie, atteindre à

la fortune. Cet insuccès l'a cruellement ulcéré, mais n'a pas abattu l'exceptionnelle persévérance qu'il a toujours apportée dans la poursuite de ses projets. Nous avons été à même d'apprécier son invincible ténacité pendant l'examen dont nous avons été chargé. Résolu à ne pas se laisser voir tel qu'il est, X... s'est cantonné dans des réticences inébranlables, et ce n'est que par une insistance longtemps prolongée, et l'emploi d'une stratégie clinique toute spéciale, que nous sommes parvenu, sans toutefois avoir pu obtenir une confession complète, à rassembler les renseignements médicaux nombreux et précis, qui nous autorisent à formuler les conclusions qui terminent notre rapport.

X... s'est toujours occupé de fournitures militaires, et ses opérations commerciales l'ont conduit successivement dans toutes les parties du monde : en Algérie, en Crimée, en Chine, au Mexique où, un jour, son rare sang-froid l'a tiré d'une situation particulièrement périlleuse ; dans les Indes, en Perse, etc. ; aussi quand, en 1870, la guerre éclata entre la France et l'Allemagne, il fut chargé d'assurer le ravitaillement du 3^e corps d'armée ; mais, enfermé dans Metz assiégé, son contrat ne put être que très incomplètement exécuté. Quand la paix fut signée, quand arriva la liquidation des comptes occasionnés par cette guerre néfaste, X... réclama ce qu'il croyait lui être dû ; et nous devons tout particulièrement attirer l'attention sur cette demande *injustifiée* parce que, conjointement avec une autre affaire secondaire, elle est le point de départ d'incidents variés, à la suite desquels X..., ayant éprouvé des déconvenues qui l'impressionnèrent gravement, se livra à des actes extrêmement répréhensibles, et enfin fut atteint de troubles intellectuels qui nécessitèrent un long internement dans un asile d'aliénés.

Pendant son séjour forcé dans Metz, X... s'était aperçu, sans toutefois y attacher autrement d'importance, des relations qui s'étaient nouées entre un officier de l'intendance française et un individu dont le nom avait une consonnance tudesque. Ce ne fut que vers 1877 qu'il formula des accusations de trahison, qui motivèrent, paraît-il, une instruction judiciaire. A ce sujet, X... remit ses intérêts entre les mains d'un avocat, ami intime de Gambetta, dit le prévenu ; mais cet avocat refusa de se charger de l'affaire et rendit à X... son dossier, enveloppé dans une chemise formée avec une lithographie, percée de grains de plomb. X... donne les explications suivantes sur les étranges et multiples perforations de cette lithographie, qui représente des femmes conversant entre elles ; son avocat aurait dit à Gambetta, c'est X... qui parle, et il est évidemment impossible de contrôler actuellement ses assertions parce que

l'avocat est mort : « *L'homme est enterré, je vais lui remettre ses pièces.* » X..., en les recevant, aurait fait remarquer à son avocat que *l'homme n'était pas enterré du tout, car les grains de plomb n'avaient troué ni la tête, ni le cœur.*

Cette accusation de trahison formulée par X... est du reste secondaire pour lui, il s'en occupe peu, et il l'abandonne même volontiers; seulement il en est une autre, à laquelle il attache infiniment plus d'importance, qui est le point culminant de toutes ses réclamations, et à laquelle nous avons déjà fait allusion plus haut.

Au cours des contestations qu'il avait avec l'administration de la guerre au sujet de sa prétendue créance, qu'il fixait sans justification possible à 100,000 francs, X... rédigea des libelles qu'il répandait dans l'armée : il accusait différents officiers de malversations, de faux en écritures publiques ; il précisait ses accusations, en inscrivant dans ses diffamations manuscrites le nom de ces officiers ; et quoique une enquête approfondie ait démontré que, légalement, il n'était rien dû à X..., cependant, à titre gracieux, vers 1879, le ministre ordonna de lui remettre une somme de 20,000 francs. X..., assisté de son avocat, donna un reçu de cette somme, et, en outre, quatre employés supérieurs du ministère de la guerre, apposèrent aussi leurs signatures ; c'était une précaution que croyait devoir prendre l'administration, qui voyait dans les procédés de X... une manœuvre de chantage. Il était tout particulièrement stipulé sur le reçu, que celui-ci servirait de quittance pour solde, et il avait été convenu avec X..., qui s'y était engagé, qu'il cesserait toutes les imputations calomnieuses ; qu'il ne renouvellerait plus ses réclamations ; bref qu'il se tiendrait tranquille. Mais à peine quelques jours s'étaient écoulés depuis cette transaction, que X... recommençait à porter, comme précédemment, contre le directeur et le sous-directeur de la comptabilité au ministère de la guerre, les accusations les plus graves ; accusations qui n'allaient rien moins qu'à *affirmer* que ces officiers l'avaient volé de 100,000 francs, en falsifiant le reçu sur lequel il avait signé : au moyen d'un lavage au chlore, ils avaient, disait-il, transformé la somme de 20,000 francs en celle de 120,000, qu'ils avaient touchée, mettant ainsi la différence dans leurs poches (*sic*) ; et il donnait comme preuve à l'appui de ses allégations, qu'il avait signé sur un papier rose, imprimé à l'avance, tandis que le reçu, actuellement au ministère, était sur papier blanc ; du reste, ajoutait-il, le rapport d'un intendant, qui avait été nommé pour étudier l'affaire, concluait à la légitimité de sa créance de 100,000 francs. Loin de là, au contraire, le rapporteur démontrait que X... n'avait aucun droit pour toucher cette somme, qu'il était mal fondé à la réclamer. Entre temps, X...

avait déposé de ces faits et d'autres accusations, dans une enquête ordonnée par le général de Cissey; sa déposition avait même causé assez de bruit dans le public; le ton affirmatif qu'il apportait dans ses déclarations, la précision apparente des détails, avaient fait une fâcheuse impression. Aussi les officiers mis en cause par X... furent les premiers à réclamer énergiquement une action judiciaire, afin de démontrer leur parfaite honorabilité. Le résultat du procès fut absolument désastreux pour l'inculpé; les témoins cités par lui-même, y compris l'avocat qui l'accompagnait au moment de la signature du reçu des 20,000 francs, lui donnèrent les démentis les plus formels; toutes les accusations qu'il articulait furent reconnues fausses. X... fut condamné à un an de prison et à 1,000 francs d'amende. Pendant l'instruction, X... fut soumis à l'examen d'un médecin expert, Legrand du Saulle, qui avait pour mission d'apprécier l'état mental du prévenu. Legrand du Saulle, dans un rapport, peu documenté, conclut à l'intégrité des facultés intellectuelles de X..., et, par conséquent, à sa responsabilité légale.

Sa condamnation purgée, X... usa de la liberté qu'il avait recouvrée, pour recommencer ses réclamations, afin d'obtenir le paiement de la somme de 100,000 francs dont il prétendait avoir été frustré. Il adressa suppliques sur suppliques, mémoires sur mémoires, lettres sur lettres, à toutes les hautes autorités de l'État: le Président de la République, les ministres, le préfet de police, furent tour à tour sollicités par lui, pour que la justice qu'on lui devait, disait-il, lui fût rendue; tant et si bien, qu'après plusieurs années de vaines démarches, on dut prendre envers X... une mesure que justifiait la singularité de ses déclarations. Il se plaignait en effet d'être persécuté, de ne pouvoir sortir de son domicile sans être suivi par des policiers, et d'avoir été provoqué cinq fois, en moins d'un mois, sur la voie publique, dans le but de *faire naître quelques actes relatifs aux mœurs*, d'avoir subi deux tentatives d'empoisonnement, suivies de douleurs très vives qui l'obligèrent à ne jamais se représenter deux fois dans le même restaurant, etc. X... fut alors dirigé sur l'infirmerie spéciale des aliénés, et là, M. le Dr Paul Garnier rédigea, à la date du 12 juillet 1884, le certificat suivant aux fins d'internement:

« Délire chronique. Hallucinations de l'ouïe. Idées de persécution. Interprétations imaginaires. Réclamations nombreuses aux autorités. Se voit poursuivi partout où il va par des gens déguisés; on cherche à l'empoisonner. Début déjà ancien de l'affection mentale. »

Dans les différents asiles par lesquels passa successivement X..., tous les médecins, qui le soignèrent, portèrent un diagnos-

tic identique; mais lui, n'acceptant pas la légalité de sa séquestration, ne cessa de protester. Des demandes réitérées de renseignements furent adressées aux divers asiles par le ministre de l'Intérieur, au sujet de la plainte de X..., mais toutes aboutirent à prouver que cette plainte significative n'était pas fondée.

Enfin, après quatre années de séjour ininterrompu dans les établissements d'aliénés, X..., qui avait été transféré depuis deux ans dans l'asile du Bon-Sauveur, à Caen, vit, en 1888, ses efforts couronnés de succès : le tribunal de cette ville rendit, à la requête de X..., un jugement ordonnant sa mise en liberté immédiate, quoiqu'il connût les diagnostics médicaux antérieurement portés, que M. le préfet de police, à Paris, avait transmis à son collègue M. le préfet du Calvados, et se basant aussi peut-être sur l'appréciation même du médecin de l'asile du Bon-Sauveur, appréciation que nous trouvons ainsi relatée dans une lettre écrite, le 8 mars dernier, par le juge de paix du canton ouest de la ville de Caen : « A la suite de son « séjour au Bon-Sauveur, dit le certificat médical, le calme est « revenu à X..., il parle avec facilité et bon sens sur tous les « sujets, autres que celui relatif aux prétendues concussions et à « la persécution dont il se plaint d'être victime. » Puis M. le juge de paix signale ce passage du rapport médical du mois de juin 1888, d'après lequel X..., à ce moment, ne paraissait pas dangereux, et pourrait à titre d'essai être rendu à la liberté; et il ajoute : « Mais le rapport médical du 30 août 1888, jour « de la sortie de X..., constate que celui-ci a conservé cepen- « dant son délire systématisé, et les déclarations des sœurs et « des employés du Bon-Sauveur sont conformes aux rapports « des médecins. »

Ici se termine une première étape dans la vie mouvementée de X..., et commence la seconde, qui va nous conduire à l'époque actuelle, à la tentative de meurtre qu'il a commise.

Si X... a retrouvé la liberté, il n'abandonne pas pour cela le but qu'il poursuit depuis si longtemps. Comme par le passé, il reprend ses récriminations et ses réclamations; un moment même, il songe à attaquer les médecins et les agents de l'autorité comme coupables, à son égard, d'une séquestration arbitraire. Une sœur et un neveu auraient été disposés, dit-il, à seconder ses efforts; mais, il les déclare formellement soudoyés avec de l'argent, qui leur aurait été remis par ses ennemis, il fixe la somme à 20,000 francs, ils l'ont trahi comme les autres, et l'ont délaissé; lui, de son côté, ne s'est plus occupé d'eux; et n'a plus compté que sur son énergie, ce sont ses expressions. Il serait assurément oiseux de relater les divers procédés employés par X... pour arriver à ses fins, car ils ressemblent, sauf les

diffamations écrites, à ceux que nous avons rapportés précédemment et nous pouvons sans inconvénient arriver tout de suite aux incidents les plus récents et aussi les plus importants qui ont accompagné le séjour de X... chez sa victime.

Depuis sa sortie de Bon-Sauveur, X..., presque continuellement dénué de ressources, vivait difficilement, mais trouvait cependant des personnes crédules qui croyaient, d'après son récit, à la réalité de sa créance. Aussi passa-t-il tant bien que mal les sept années qui s'écoulèrent depuis son départ de Caen, lorsqu'au mois d'octobre dernier, il rencontra une dame R..., qui, touchée de sa misère, consentit à lui louer une chambre et à le nourrir, acceptant de n'être payée qu'au moment où il toucherait l'argent dont il disait avoir été spolié. A travers des incidents divers, mais cependant significatifs, X... passait ses journées dans des courses variées chez des huissiers, des commissaires de police, des agents d'affaires, et enfin au mois de février dernier, alors que le repas était terminé, il saisit un marteau, qu'il avait toujours à sa portée, et, sans aucune provocation, en asséna sept coups à sa logeuse, dont deux, particulièrement très graves, enfoncèrent la boîte crânienne, mais ne furent suivis d'aucun dénouement mortel ; la guérison de la victime est aujourd'hui complète. Puis, sa tentative accomplie, X... essaya de se pendre, seulement la corde se rompit, et la strangulation échoua.

Tel est le résumé de la période de la vie de X..., qui touche directement à l'étude de son état mental ; résumé nécessaire, malgré son étendue, parce qu'il permet de suivre la genèse et l'évolution des conceptions qui ont poussé le prévenu à se faire meurtrier. Et, actuellement, se pose la question, qui est le but final de notre travail : X... est-il un criminel vulgaire, ou bien a-t-il agi sous une influence morbide ? Dès maintenant nous répondons négativement à la première partie de la question, et nous déclarons, au contraire, que la maladie seule a guidé la main qui a frappé ; c'est, du reste, ce qu'ont déjà pu faire pressentir les détails généraux dans lesquels nous sommes entré, et voici sur quelles constatations repose notre conviction.

Dans les pages précédentes nous avons raconté qu'en 1877, date importante à retenir, X... avait interprété les perforations de l'enveloppe du dossier que son avocat refusait de garder, comme un symbole d'une mort au moins morale qu'il lui infligeait ; *l'homme est enterré*, aurait dit au figuré cet avocat ; puis, qu'en même temps, il avait recommencé ses réclamations au sujet du non-paiement de sa créance, parce qu'il était convaincu qu'on avait falsifié le reçu qu'il avait signé, en le lavant au chloro afin de changer le chiffre primitivement inscrit, que ses ennemis avaient majoré pour s'approprier la somme supplé-

mentaire; et, à cette occasion, nous devons dire que ce n'est pas sans étonnement que, dans le rapport médico-légal rédigé en 1881 par notre défunt collègue Legrand du Saulle, nous n'avons trouvé aucune allusion à cet état d'esprit, à ces allégations cependant importantes.

Notre collègue déclara X... responsable, et n'admet pas qu'à cette époque il fût, comme il le dit, *même un stagiaire* de la folie; nous ne pouvons nous ranger à cette opinion, nous croyons au contraire que X... avait déjà franchi un échelon de plus, qu'il était un titulaire de l'aliénation mentale. Quoi qu'il en soit, on l'a vu, X..., libéré de la condamnation qui lui avait été infligée, continua ses plaintes, et, en 1884, son désordre mental et les troubles sensoriels qui l'accompagnaient furent soieutifiquement constatés, et l'internement devint indispensable.

Aujourd'hui X..., qui est un des malades les plus réticents que nous ayons rencontrés, ne nie pas les propos qu'il tint alors; mais il se borne uniquement à déclarer *qu'il maintient, sans en rien retrancher*, c'est ainsi qu'il s'exprime, *ce qu'il a dit ou écrit à cette époque*. C'est là une réponse évidemment concise par calcul, qui toutefois prouve que le prévenu n'a nullement renoncé à ses chimères d'autrefois, et nous pourrions à la rigueur nous en contenter pour accepter la continuité, jusqu'à ce jour, du délire, par conséquent de la maladie. Mais pendant nos entretiens nombreux avec X... nous avons provoqué plusieurs fois de sa part, malgré sa réticence préméditée, des demi-confidences dans lesquelles par exemple il prétendait être obligé de lutter contre *une puissance qu'on ne voit pas, et dont nous n'avons pas idée*; contre laquelle la lutte était aussi difficile *que si on voulait attraper une puce dans les nuages*; *que c'était tout un monde, toute une organisation complète qu'il avait contre lui*; *que c'était cabalistique de l'avoir accusé d'avoir fait sept blessures, parce que trois, cinq, sept sont des chiffres impairs*, alors qu'il était certain de n'avoir frappé que deux fois; toutes ces citations sont textuelles; et nous sentions qu'il y avait derrière ces persécutions imaginaires d'autres conceptions plus caractéristiques encore que celles qui étaient exprimées, qui devaient les corroborer et leur donner en quelque sorte plus d'éclat. Nous fines donc une enquête auprès des personnes aptes à nous renseigner, et le résultat en a été absolument satisfaisant.

Nous l'avons déjà dit mais nous y revenons à dessein, X... quoique non guéri, quoique possédant toujours ses idées délirantes, sortit du Bon-Sauveur en 1888, et fut livré à lui-même. Sa vie depuis lors fut assez misérable; il continua à se croire en butte à des persécutions systématisées, toujours à cause de

cette créance qu'il ne pouvait faire rentrer, et qui est le pivot principal, autour duquel tournent toutes ses conceptions malades ; il prétend bien que les médecins, que sa sœur et son neveu, sont de connivence avec ses ennemis ; qu'ils reçoivent de l'argent, les uns pour l'abandonner, les autres pour rédiger contre lui des certificats de complaisance ; mais ce sont là des persécutions de second ordre pour lui ; il les met sur le même niveau inférieur que celle dont il croit avoir été victime, en 1877, de la part de l'avocat qui a refusé de prendre ses intérêts en main.

Une seule idée prédomine sur toutes les autres et l'obsède sans relâche, c'est le refus de paiement de sa créance, de cette somme de cent mille francs, que par des caleuls peu clairs, il a progressivement élevée au double, actuellement ; de cette somme que, *quoique traqué par tous ces gens haut placés qui ne veulent pas le payer, il ne cessera de réclamer jusqu'à son dernier soupir*. Imbu de cette idée malade, X... passa huit années environ dans un calme relatif, vivant d'expédients, portant ses doléances chez les hommes de loi ou chez les gens d'affaires, lorsqu'en 1895, il prit pension chez la personne qu'au bout de quelques mois il devait faire tomber sous ses coups.

Quand X... emménagea, il avait, au milieu de son maigre mobilier, une centaine de pots de confitures, dont chacun portait une adresse différente de fournisseurs ; il avait pris cette précaution, disait-il, afin d'être certain qu'on n'avait pas mêlé, à la préparation sucrée, une poudre vénéneuse ; l'épicier voisin de sa demeure lui causait, en particulier, une vive appréhension parce qu'il l'accusait spécialement d'avoir ajouté du poison dans le pot qu'il lui avait acheté ; il racontait que des hommes de la police, payés, selon lui, par le ministère de la guerre, le suivaient partout ; il décrivait leurs costumes et leurs gestes. Il se plaignait que dans son précédent logement, des ouvriers et des ouvrières claquaient exprès leur portes, afin de l'ennuyer ; il disait qu'un jour il avait été écrasé par un cocher de fiacre, de propos délibéré (l'accident était réel), parce que l'automédon avait été envoyé, *dans ce but*, par le ministère de la guerre, qui n'était en quelque sorte que l'instrument d'un homme politique qui avait joué dans le Parlement français un rôle considérable ; c'était cet homme qui était le *machiniste principal* de toutes les persécutions qu'il endurait.

Défiant et soupçonneux, X... avait toujours un marteau à portée de sa main, afin de se défendre, disait-il, contre une agression qu'il redoutait, ou contre les gens payés pour lui nuire. D'humeur sombre, il restait par moments immobile et silencieux comme s'il écoutait, nous a dit la personne chez laquelle il

habitait ; mais jamais celle-ci n'a constaté de véritables hallucinations. X... alléguait qu'il savait *par avance* que Carnot devait être assassiné, parce qu'il avait refusé de s'occuper de ses affaires, et le même sort, ajoutait-il, attend M. Félix Faure s'il agit de même à son égard.

Quant à lui, X..., il se croyait spirite, il était, disait-il, en communication avec les esprits, et il sait qu'un jour, il sera au-dessus du Président de la République, qu'il rendra des services immenses à la France, qu'il occupera une situation supérieure à toutes les situations connues ; et, une fois qu'une personne disait lui trouver de la ressemblance avec le comte de Chambord (le blanc et le noir ne sont pas plus dissemblables), X... acquiesça à cette remarque avec sincérité et conviction, et en témoigna une satisfaction expansive qui contrastait singulièrement, ce qui la fit noter, avec son attitude habituellement renfrognée.

A son entrée dans son dernier domicile, X... pendant quelques jours se montra vaguement communicatif avec sa logeuse ; mais il ne tarda pas à l'englober dans sa suspicion morbide, parce qu'elle avait parlé de la police ; cela avait suffi à X..., pour qu'il fût convaincu que cette dame avait des rapports d'espionnage avec des agents secrets. Il est certain, dit-il, que cette personne reçoit de l'argent pour le surveiller, et toujours, suivant sa même idée, cet argent est donné par le ministère de la guerre ; il prétend même qu'un jour, la personne qui lui sous-louait son logement, proposa nié formellement par celle-ci, il prétend, disons-nous, qu'il l'avait entendue raconter qu'elle connaissait une femme qui ne sortait jamais du ministère de la guerre sans emporter un billet de mille francs. C'est probablement une hallucination qu'a eue X... ; mais il ne lui en a pas fallu davantage, étant donné sa maladie, pour prendre plus qu'en défiance, en haine, la femme qui l'hébergeait.

Pendant plusieurs mois, X... supporta avec une résignation concentrée les persécutions imaginaires qu'il imputait à sa logeuse, ainsi que l'insuccès constant de ses démarches, insuccès qui l'exaspérait, et, un jour, subitement, sans provocation, quoiqu'il allègue le contraire, au milieu du silence qui régnait dans la pièce, à la fin du repas, il s'arma de l'arme qui ne le quittait jamais, de son marteau, et se rua sur sa victime ; ensuite, sans y réussir, il tenta de se pendre.

Le souvenir de son acte homicide n'éveille chez X... aucune émotion ; il en parle avec une indifférente désinvolture, tout à fait caractéristique ; et il va même jusqu'à soutenir que c'est pour lui nuire qu'on l'accuse d'avoir frappé sept fois, que c'est *cabalistique*, comme nous l'avons rapporté. « Je ne me rappelle « que deux coups, dit-il, portés sur le crâne, coups peu graves,

« incapables de donner la mort, et je ne suis pas certain, ajoute-t-il, que ma logeuse n'ait pas inventé les autres blessures. »

Comme les malades de sa catégorie, il maintient ses assertions, malgré les preuves les plus probantes qui lui soient opposées.

Ici finissent les constatations médicales qui justifient, selon nous, l'opinion que nous avons émise précédemment, que X... doit être tenu pour un malade.

N'est-il pas, en effet, au-dessus de toute contestation, que c'est un cerveau profondément troublé, qui est seul capable d'inventer les imputations formulées par X..., et de s'y renfermer, de s'y cristalliser, pourrions-nous dire, en dépit des condamnations judiciaires et des démonstrations les plus péremptoires de leur fausseté? que ce n'est qu'un cerveau bouleversé qui puisse trouver le système de persécution dont se plaint le prévenu? que ce n'est enfin que la maladie qui puisse faire éclore dans les organes des sens les perturbations, les hallucinations que nous avons signalées? L'état de l'inculpé est donc certainement pathologique, et au point de vue nosologique, il rentre dans la grande division de l'aliénation mentale; mais il nous reste maintenant à indiquer dans quelle classe il convient de ranger l'affection à laquelle le prévenu est en proie, en un mot, à préciser le diagnostic.

Après tous les détails dans lesquels nous sommes entré, pour exposer la vie de l'inculpé depuis quelques vingt ans, il est assurément facile de mettre un nom sur la maladie qui depuis si longtemps tient X... sous sa domination. Ce n'est pas à la dégénérescence héréditaire, à l'alcoolisme, à une névrose, ou aux combinaisons accidentelles de ces différents états, qu'on peut faire remonter l'origine de l'agression commise par le prévenu; pas plus du reste qu'à une excitation survenant chez un vieillard cérébralement affaibli, X..., malgré ses soixante-cinq ans, a encore une vigueur intellectuelle peu commune; ce n'est pas enfin à une de ses obnubilations passagères de la conscience, qu'un accès violent de colère ou de fureur peut provoquer, qu'on peut attribuer l'attentat homicide auquel s'est livré le prévenu. Cet attentat est en quelque sorte l'explosion paroxysmique d'une situation malade, datant d'un grand nombre d'années, et dont on a pu suivre le développement à travers le récit que nous avons donné.

Comme on l'a vu, à la suite de la guerre de 1870, X... éprouva des déceptions qui lui furent d'autant plus sensibles qu'il voyait s'écrouler définitivement le rêve ardent de toute sa vie : avoir de la fortune; il était réduit à la misère, parce qu'il ne pouvait toucher une grosse somme qu'il croyait lui être due. Son cerveau profondément ébranlé, lui fit alors voir les

choses sous un jour absolument faux, et l'idée qu'il avait été volé, que ses droits avaient été lésés, s'implanta dans son esprit; elle s'y installa en maîtresse tyrannique et impérieuse; elle devint prépondérante, et comme le pivot autour duquel se groupèrent d'autres interprétations, moins absolues, qui n'en étaient pour ainsi dire que des productions appendiculaires; puis apparurent les troubles des sens, les hallucinations multiples.

C'est vers 1877 très probablement, mais sûrement en 1884, puisqu'ils ont été constatés scientifiquement à cette époque, que se montrèrent tous les signes cliniques de l'affection; et ceux-ci restèrent toujours aussi accusés, aussi aigus, jusqu'à ce jour. Mais actuellement, on a pu le remarquer, il se fait comme une bifurcation dans la marche évolutive des symptômes morbides; des idées de grandeur, des idées mégalomaniques surgissent; et il est vraisemblable que la période terminale, que la dernière phase de la manifestation pathologique est arrivée.

Nous ne connaissons dans la médecine mentale, qu'une seule maladie qui suive, dans son développement, une évolution aussi nettement tranchée, accompagnée de signes aussi caractérisés, que celle que nous avons constatée chez X..., c'est le délire chronique des persécutions. Ce n'est que dans cette forme clinique qu'on peut rencontrer la persistance longue et ininterrompue des symptômes et du délire, la persévérance inlassable à poursuivre l'obtention de satisfactions irréalisables, basées qu'elles sont sur des droits chimériques; l'indifférence souvent cruelle devant la victime frappée; l'apparition ultime enfin de conceptions désordonnées de grandeur et de supériorité imaginaires.

X... est donc dans notre opinion un aliéné qui se croit persécuté; mais comme beaucoup de ses pareils, il ne reste pas passif, sous l'obsession continuelle des tortures qu'il subit depuis si longtemps, il réagit et il frappe; il devient à sa manière, persécuteur à son tour; puis, sa vengeance partiellement assouvie, il achève son œuvre sur lui-même, en essayant de se tuer. Aussi contre de tels malades des mesures de préservation sociale s'imposent impérieusement, car ils sont d'autant plus redoutables que, derrière une apparente mais trompeuse lucidité d'esprit, qui peut en imposer aux personnes incompétentes et leur faire croire à une bonne santé mentale qui n'existe pas, se cache une folie dont les effets peuvent être terribles: la tentative homicide de X... le prouve.

En conséquence, nous estimons :

1° Que le prévenu est un aliéné dangereux qui, sûrement depuis treize ans au moins, est atteint de délire chronique des persécutions;

2° Que l'acte incriminé est le résultat d'un trouble mental dû à la maladie; et par conséquent, que le prévenu ne peut être considéré comme en étant responsable;

3° Que dans l'intérêt de la sécurité publique, il est indispensable d'interner, dans un asile spécial, le prévenu, qui, à cet effet, devra être remis entre les mains de l'autorité administrative chargée de remplir les formalités légales.

18 mai 1896.

Ainsi, d'après les détails qui précèdent, on peut, avec vraisemblance, faire commencer la première période de la maladie, la période d'hésitation, pour ainsi dire, aux environs de l'année de la guerre franco-allemande; puis à l'année 1877 peut être fixé le début de la seconde période, puisqu'à cette date se passa la scène de la lithographie perforée par des grains de plomb, perforations *symboliques*, suivant l'interprétation imaginée par le malade, interprétation qui, de son côté, dénote sûrement que celui-ci était déjà, à ce moment, en proie au délire. Ensuite, à des époques successivement espacées, la nature de la psychose fut reconnue, toujours identique à elle-même, par divers médecins; de sorte qu'il s'est ainsi établi comme une espèce de contrôle, qui permet de suivre la marche de l'affection, depuis le début des accidents maladiques de la seconde période, jusqu'au jour où, en 1896, j'ai été chargé de l'examen médico-légal, soit pendant dix-neuf années consécutives, et de reconnaître qu'elle est restée invariablement la même. J'ajouterai qu'aujourd'hui, plus d'un an après la rédaction de mon rapport, le malade, je m'en suis assuré, est encore sous l'influence du même genre de délire que celui qui existait à l'époque de ma dernière visite.

Cette longévité malade se rencontre exceptionnellement, avec une certitude scientifique aussi indiscutable, même dans le délire chronique de persécution, dont l'évolution pourtant est singulièrement lente; et elle a incontestablement une haute valeur nosologique, parce qu'elle tend à démontrer, non seulement que la dichotomie terminale des conceptions délirantes peut apparaître à une date extrêmement éloignée du début de la maladie, mais aussi que la durée du délire, quelque prolongée qu'elle soit, ne suffit pas pour autoriser à croire que la troisième période, celle de la trans-

formation des idées de persécution, et partant de la personnalité du malade, ne se produira pas.

Suivant la règle, se montrèrent conjointement des perturbations hallucinatoires multiples, nettement accusées; puis, survint le malencontreux incident, trop souvent renouvelé en pareille occurrence, de la mise en liberté du malade, ordonnée par un tribunal qui, il faut le reconnaître, fut, cette fois, mal renseigné; ultérieurement, fut commis l'attentat homicide, presque obligatoire, dirai-je, dans cette variété de vésanie; et, enfin, se produisit l'orientation du délire vers une mégalomanie teintée de mysticisme. Cet ensemble de manifestations caractéristiques ne peut laisser de doute, selon moi, sur le diagnostic à formuler, quoique ait surgi un épisode absolument anormal, une tentative de suicide. Faut-il voir dans cet acte, dont la sincérité peut être suspectée, car les délirants systématiques ne sont pas enclins à s'imposer l'expiation de leurs attentats, mais dont la conception n'en demeure pas moins bizarre, un symptôme d'assez grande importance pour jouer un rôle prépondérant dans le diagnostic? Faut-il en chercher l'origine dans un état mélancolique d'espèce particulière? Pour ma part, je ne puis accepter cette appréciation, car aucun signe concomitant ne peut être indiqué pour justifier de semblables interprétations: et cet incident inaccoutumé, il est vrai, mais isolé, peut-il être mis en parallèle avec l'enchaînement rigoureux des manifestations typiques propres à la psychose systématique, relatées dans l'observation? Je ne le crois pas: celles-ci sont trop nettement accentuées pour que leur signification soit annihilée par un épisode insolite assurément, mais dont la valeur clinique ne dépasse pas les limites de son étrangeté; et j'estime que la tentative de suicide doit être assimilée à une de ces disparates, par exemple, qui peuvent détoner dans un tableau, et surprendre le spectateur, mais qui pourtant ne masquent pas l'idée prédominante qui a inspiré l'œuvre de l'artiste.

Aussi, malgré cette tentative de suicide, et les quelques lacunes que les réticences énergiques du malade ne m'ont pas permis d'éviter, c'est, selon moi, dans le cadre du délire chronique de persécution que rentre le cas pathologique que le hasard des expertises médico-

légales m'a donné l'occasion d'étudier; et les particularités peu ordinaires qu'il présente, forment, il me semble, un appoint important à la question si intéressante du délire systématisé de persécution.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les asiles d'aliénés à portes ouvertes. Aucun orateur ne se trouvant prêt, la Société vote la clôture de la discussion.

La séance est levée à cinq heures et demie.

RENÉ SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1897.

Présidence de M. Paul GARNIER.

Lecture et adoption de procès-verbal de la séance précédente.

A propos du procès-verbal.

M. CHRISTIAN. — L'observation que je demande la liberté de faire ne se rapporte pas précisément au procès-verbal que nous venons d'entendre, mais à un procès-verbal beaucoup plus ancien, celui du 24 juin, dont je n'ai en connaissance que par le dernier numéro des *Annales*. Vous vous rappelez qu'à cette séance j'ai fait une lecture sur l'*Open-door*. M. Toulouse m'a répondu, à la fin de la séance, quelques mots, et a notamment lu un fragment d'un mémoire sur le service médical des sourds-muets. Ces quelques mots sont devenus huit pages dans le procès-verbal. Je ne m'en plains pas; M. Toulouse a parfaitement le droit de répondre comme il l'entend. Mais je crois que le procès-verbal d'une séance ne doit contenir que ce qui a été dit en séance, et rien de plus. Autrement, comment faire en temps utile une rectification nécessaire?

Voici par exemple M. Toulouse qui prétend que « j'ai comparé les aliénistes aux médecins des bureaux de bienfaisance dont on n'exige pas qu'ils aillent voir tous les jours leurs *malades* » (p. 459). Ce qui choque vivement mon confrère, et avec raison. Or, si M. Toulouse

m'avait attribué cette opinion en séance, j'aurais immédiatement fait observer que j'ai dit tout autre chose. Ma phrase est textuellement celle-ci : « Exigeriez-vous du médecin d'un bureau de bienfaisance d'aller visiter chaque matin tous les *indigents* de sa circonscription ? » (p. 454).

On voit la différence : les indigents sont ceux qui sont inscrits au bureau de bienfaisance; ils peuvent être *malades* éventuellement, et c'est alors seulement qu'ils ont besoin du médecin. Je fais la même distinction entre les aliénés chroniques, incurables, les *infirmes*, et les aliénés aigus, curables, ou accidentellement malades.

J'aurais encore d'autres rectifications à faire, mais la Société ayant déclaré la discussion close, je n'insiste pas.

M. LE PRÉSIDENT. — L'observation de M. Christian, à laquelle je m'associe complètement, sera consignée au procès-verbal.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le professeur W. Bechterew, qui envoie un certain nombre de circulaires concernant la création d'un musée neuropathologique et psychiatrique à l'Université de Saint-Petersbourg.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un travail sur le D^r Johannes Weiler, par le D^r Van der Lith ;

2° Le n° 1 des Archives de jurisprudence et d'anthropologie de Rio-de-Janiero. — M. Chaslin est désigné pour en donner un compte rendu ;

3° Le n° 6 du *Bulletin de la Société de tempérance*.

M. PAUL GARNIER fait hommage à la Société de son ouvrage sur *l'Internement des aliénés (Thérapeutique et législation)*.

Nomination de la Commission des membres titulaires.

La Commission pour les trois places de membre titulaire vacantes, est composée ainsi qu'il suit : MM. Ballet, Briand, Febvre, Sollier et Taguet.

Les candidats sont au nombre de sept : MM. Boissier, Brunet, Deny, Le Filliâtre, Legras, Marie et Henry Meige.

Présentation d'appareil.

M. FEBVRÉ soumet à l'examen de MM. les membres de la Société médico-psychologique un appareil pour l'alimentation des malades à l'aide de sonde œsophagienne.

Cet appareil, d'une contenance totale d'un litre, mais pourvu à la partie moyenne d'une indication pour le demi-litre, a la forme d'une bombe renversée et peut être, pour faciliter l'écoulement des liquides alimentaires, tenu dans une situation élevée, soit par la main, soit par un support sur lequel il repose alors par sa base, soit par une broche fixée au mur ou à une tringle et s'engageant dans un anneau à ce destiné.

Il est complètement nickelé.

L'appareil est, en outre, pourvu sur ses parties latérales ou antérieures de trois appareils secondaires.

L'un est destiné à la médication. Il consiste en un tube gradué à 30 centimètres cubes ; il est commandé par un robinet spécial, ouvert dans le sens du courant, fermé quand il est perpendiculaire au sens du courant. Il permet, en conséquence, par sa situation et par son indépendance, d'administrer les médicaments avant ou en même temps que l'alimentation. Dans ce dernier cas, il suffit d'ouvrir le robinet d'alimentation en même temps que le robinet de médication.

Comme il s'agit de vases communicants, si le niveau du tube de médication était inférieur au niveau du liquide alimentaire, ce dernier liquide refluerait dans le tube de médication. Il faut, en conséquence, pour éviter cet inconvénient, ou évacuer complètement le tube de médication et fermer le robinet, ou laisser au tube de médication un niveau légèrement supérieur au niveau du liquide alimentaire.

L'autre est un thermomètre centigrade gradué de 0 degré à 100 degrés, dont la cavette plonge dans le liquide alimentaire. On peut ainsi se rendre compte immédiatement et exactement de la température du

liquide à injecter, chose très importante et qui est, il faut l'avouer, souvent négligée.

Enfin un niveau d'eau donne la faculté au médecin ou à l'interne du service de suivre facilement l'écoulement des liquides, de s'assurer par conséquent si l'appareil marche régulièrement.

Le tube gradué pour la médication remplit, en outre, une indication très précieuse. Grâce à son indépendance, il est possible de s'en servir comme appareil de sûreté. En versant quelques gouttes d'eau stérilisée dans son intérieur, on peut, avant de procéder à l'alimentation, se rendre compte si la sonde est ou non introduite dans l'œsophage; en cas de fausse route, les accidents d'asphyxie ne sont plus à redouter.

Un tube en caoutchouc, pourvu également d'un tube en verre de quelques centimètres, permet de nouveau de surveiller l'écoulement des liquides alimentaires ou pharmaceutiques; il se termine par une petite canule en verre et effilée à son extrémité, qui s'engage dans le pavillon de la sonde.

Rapport de candidature.

M. TAGUET. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Auguste Voisin, Christian et Taguet, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le D^r Kéraval au titre de membre correspondant de notre Société.

Les travaux, aussi nombreux que sérieux, du D^r Kéraval ont rendu notre tâche facile et c'est un long mémoire que nous devrions vous soumettre, si nous n'étions tenus à nous renfermer dans certaines limites, aussi nous bornerons-nous à une simple analyse.

Depuis dix-sept ans, M. le D^r Kéraval, dans les *Archives de neurologie*, nous tient au courant de l'état, en Allemagne, de la neuropathologie, de la psychiatrie et de l'hospitalisation des aliénés. Vous connaissez ses articles de revue analytique et d'assistance, si clairs, si méthodiques. Depuis 1884, il fait annuellement paraître, dans le *Progrès médical*, un certain nombre d'études sur les ouvrages et manuscrits relatifs au système nerveux dans ses rapports avec la pathologie générale

et la pathologie mentale. Vous n'avez pas oublié ses comptes rendus, sur la même matière, dans les *Annales médico-psychologiques*, de 1883 à 1886, en ce qui concerne plus spécialement les travaux publiés en Italie.

Parmi ses mémoires originaux nous citerons plus particulièrement :

Sa thèse sur la *Péricardite urémique*, thèse couronnée par la Faculté de Paris et citée, avec éloge, dans tous les traités de pathologie interne.

Ses articles, dans la *Grande Encyclopédie*, en cours de publication, sur les mots : absinthe, absinthisme, alcool, alcoolisme, agoraphobie, aliénation mentale, angoisse, etc.

Une étude sur la synonymie des circonvolutions cérébrales de l'homme (*Archives de neurologie* de 1885).

Une communication très importante à votre Société, en juillet 1890, sur les fibres intracorticales du cerveau dans les diverses espèces de démences. M. Kéraval y établit que la déchéance de ces cordons nerveux est en rapport, non seulement avec la démence paralytique, mais encore avec la désorganisation moléculaire des démences quelconques, alors qu'avant lui, la disparition de ces fibres intracorticales, dans toute la hauteur de l'écorce cérébrale, avait été donnée comme lésion propre, pathogénique de la paralysie générale. Sa démonstration était appuyée de coupes histologiques choisies parmi huit cents préparations faites sur le cerveau de paralytiques et de déments, dont les observations avaient été strictement relevées par lui, avec la collaboration des D^{rs} Bondrie et Targowla.

Une note à votre Société, en 1884, sur l'action de la paraldéhyde sur les aliénés. Commencées sur des chats, à défaut de chiens, les expériences furent continuées sur trente-trois malades dont il fallait calmer sur-le-champ l'agitation, soit par sédation simple, soit par l'intermédiaire du sommeil. M. le D^r Kéraval essaya successivement la voie buccale, rectale et la méthode hypodermique. L'effet produit est rapide, mais peu durable, et si l'on veut qu'il persiste, il est nécessaire d'augmenter les doses, de 2 à 10 grammes par la voie gastrique, sans qu'on puisse arriver cependant à produire une anesthésie suffisante pour une intervention opératoire. En résumé,

c'est un médicament qui n'a pas donné les espérances qu'il avait fait concevoir et on s'explique difficilement la faveur dont il jouit à l'étranger. On ne peut même pas dire de lui, ce qu'on dit de beaucoup d'autres sédatifs : usez-en pendant qu'ils guérissent.

Dans son étude « sur les délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de paranoïa » (*Archives de Neurologie*, 1894 et 1895), M. le D^r Kéraval restitue à chaque syndrome sa désignation clinique et s'efforce d'établir une synonymie capable de fournir des jalons à l'esprit des psychiatres, désireux de bien comprendre les mémoires qu'ils lisent, à l'aide de l'exacte définition des termes adoptés par leurs compatriotes, et la concordance des termes employés par les savants étrangers.

Versé dans la connaissance de plusieurs langues étrangères, M. le D^r Kéraval nous a donné des livres fort goûtés. Telle la traduction du *Traité des maladies des enfants* du professeur Steines, de Prague. Telle l'édition du *Traité des maladies de l'encéphale* du professeur Nothnagel, de Vienne, agrémentée de notes et d'un atlas. Telle encore la publication de l'*Anthropométrie craniocéphalique* du professeur Bénédict, de Vienne. M. le professeur Charcot faisait le plus grand cas de ces deux derniers livres et de leur traducteur, ainsi qu'on peut s'en assurer par les préfaces que ce maître éminent leur avait consacrées.

Entre temps, M. Kéraval nous rapportait d'Autriche des notions précises sur la laïcisation dans ce pays et sur l'école des infirmiers du professeur Billroth.

A lire les comptes rendus de nos dernières séances, on pourrait croire que les questions d'assistance d'aliénés, d'organisation des asiles publics et privés, de traitement familial, constituaient une nouveauté, une actualité. Eh bien ! il n'en est rien, la question est vieille de dix ans, et a été traitée au Congrès international d'assistance publique de Paris, en 1889, par le D^r Kéraval avec un esprit de justice et d'impartialité que nous ne n'avons pas toujours rencontré dans cette enceinte. Il ne se montrait pas moins judicieux, dans le *Manuel d'infirmiers* du D^r Bourneville, sur les soins à donner aux aliénés ; et dans ses premiers Paris, du *Progrès médical*, sur les bains, l'hydrothérapie, sur l'e-

seignement de la psychiâtrie, sur la conservation des viandes par le froid, etc.

Enfin, tous ceux qui s'intéressent à la psycho-physiologie du langage considéreront comme un document précieux le livre qu'il vient d'écrire sur « *Les origines, le développement et le mécanisme intellectuels du langage écrit* » (Paris, in-8°, 1897). Travaillant depuis longtemps les langues anciennes et modernes, il en a extrait une sorte de rudiment des formes de l'éducation des peuples du monde, en quête d'un procédé pour consigner leur pensée par écrit. Tous les types de langues et d'écritures sont représentés dans cette analyse psychique et physiologique. M. le D^r Kéraval en a déterminé les lois. Il a montré comment le sauvage, impuissant à exprimer ses pensées par le dessin, arrive à se servir de ceux-ci pour transcrire les sons de sa langue. Il a spécifié les phases et les opérations successives par lesquelles passe le cerveau de l'homme, et les modalités correspondantes des caractères écrits chez tous les peuples et à tous les âges de l'humanité. Le mécanisme de l'écriture chinoise, ancienne et moderne, est particulièrement attachant.

On pouvait craindre qu'en quittant les asiles de la Seine pour l'importante direction médico-administrative de l'asile d'Armentières, le directeur tuerait, chez lui, le médecin, le savant. Il n'en a rien été et il ne pouvait rien en être. Après Renaudin, Dumesnil, Lanier, Foville et bien d'autres, M. Kéraval est venu démontrer, une fois de plus, cette grande vérité, que certains esprits affectent aujourd'hui de méconnaître, à savoir que c'est dans les grands services qu'on trouve les maîtres les plus distingués et les plus féconds, que c'est dans les grands services qu'on trouve le point de départ de tout progrès, de toute réforme.

Pour en finir, nous citerons ses articles récents sur la pratique de la médecine mentale, — sur les symptômes de l'aliénation mentale, — sur l'état mental des aliénés, — sur la statistique des aliénés et de leurs formes morbides, — sur l'exhibitionisme.

Nos conclusions se présentent d'elles-mêmes.

Votre Commission ne peut que regretter, et c'est là un sentiment que vous partagerez avec nous, que

M. Kéraval ait tant tardé à venir grossir nos rangs, où sa place était tout indiquée.

M. Kéraval est élu membre correspondant de la Société par 19 oui, 1 non et 1 bulletin blanc.

Simulation préventive de la folie.

M. VALLON. — La simulation est une des parties les plus importantes de l'histoire médico-légale de la folie. Surtout depuis la loi sur la relégation, nombreux sont les délinquants et les criminels qui cherchent à éviter la condamnation dont ils sont menacés, en alléguant des troubles cérébraux antérieurs ou contemporains de l'acte incriminé; peu rares sont ceux qui simulent l'aliénation mentale, qui prennent le masque de la folie. J'ai déjà eu à examiner un assez grand nombre de cas de folie *prétextée* et de folie *simulée*; parmi eux, il en est un qui me semble digne d'être publié, en raison de son caractère particulièrement curieux.

Il s'agit d'un homme d'affaires qui, dans la crainte d'avoir un jour maille à partir avec la justice — crainte d'ailleurs bien légitime, étant donnée la nature des affaires auxquelles il se livrait, — avait imaginé de commettre une série d'actes en apparence absurdes dans le but de pouvoir, le moment venu, les alléguer comme une preuve de dérangement cérébral et par suite se concilier tout au moins l'indulgence des magistrats. Il n'avait pas attendu comme le vulgaire des simulateurs, pour jouer la comédie de l'aliénation mentale, le moment des explications avec la justice; à l'avance, il avait commis, en même temps que des escroqueries, des excentricités qui, dans sa pensée, devaient constituer autant d'arguments irréfutables en faveur d'un trouble intellectuel.

J'ai donné à cette observation, faute de mieux, le titre de *simulation préventive*, par analogie avec ce qu'on appelle la *détention préventive*. On entend en effet, par ces mots, l'emprisonnement appliqué à un simple prévenu, c'est-à-dire à un individu qui n'est pas encore condamné, mais seulement accusé. La détention préventive est une mesure de précaution, un moyen d'empêcher le prévenu de fuir ou, comme on dit, de

gâter les preuves. Eh bien, de même, la simulation préventive de la folie est une simple mesure de précaution prise par un délinquant en vue d'une accusation éventuelle, une arme préparée à l'avance pour le jour de la justice.

Le titre que j'ai adopté n'est sans doute pas parfait, mais j'en ai pas trouvé de meilleur.

Voici le plan que je vais suivre : en premier lieu, je ferai connaître le simulateur soumis à mon examen en vertu d'une ordonnance de M. Josse, juge d'instruction ; en second lieu, j'exposerai en détail d'abord les actes de simulation préventive, puis les escroqueries qui ont amené l'arrestation ; je terminerai par les considérations médico-légales que j'ai émises dans mon rapport.

X... est âgé de quarante-sept ans ; de taille au-dessus de la moyenne, bien développé, la physionomie intelligente, il a toutes les apparences de la santé et serait d'ailleurs indemne d'antécédents pathologiques, soit personnels, soit héréditaires. Vêtu élégamment, soigné de sa personne, il a le langage et les manières d'un homme qui a reçu une certaine éducation ; son instruction est par contre peu développée.

Marié une première fois, il a divorcé au bout de treize ans de mariage ; d'une seconde union avec une jeune fille appartenant à une très bonne famille, il a une enfant aujourd'hui âgée de trois ans.

Son existence paraît avoir été assez mouvementée. Il faisait antrefois de la banque et des recouvrements dans une grande ville de province, puis il est venu à Paris. Installé d'abord très modestement dans une rue du centre, sous un nom d'emprunt, il a habité ensuite un luxueux appartement dans un quartier riche, menant la vie à grandes guides, ayant chevaux et voitures, avec plusieurs domestiques, sans que d'ailleurs ses moyens d'existence fussent exactement définis. Il circulait dans Paris, la boutonnière ornée d'un ruban rouge, brassant des affaires de toutes sortes, se livrant à des spéculations de tout genre. Son casier judiciaire est cependant encore vierge de toute condamnation.

Les actes déraisonnables, au moins en apparence, commis par X... dans le courant de l'année 1895, consistaient en commandes à divers fleuristes, bijoutiers, épiciers, marchands de meubles, sous les noms les plus respectables. Tantôt X... se faisait passer pour le baron C..., ancien ambassadeur, tantôt pour M. A..., juge d'instruction, ou pour M. B..., substitut du procureur de la République, à Paris. Il faisait envoyer les

commandes soit à des adresses imaginaires où le marchand trouvait visage de bois, parfois aux adresses véritables des personnages dont il avait emprunté le nom. C'est ainsi que M. le substitut B... fut extrêmement surpris de recevoir un jour, d'une grande maison de bijouterie, une très belle montre qu'il s'empressa naturellement de refuser. Une autre fois, c'était M. le juge A... qui renvoyait dans les mêmes conditions une magnifique corbeille de fleurs.

En décembre 1895, un mois environ avant son arrestation, X... se présente un soir vers six heures et demie chez une marchande de costumes d'enfants et de lingerie; il demande à voir des tours de cou et des ridicules en dentelles, disant qu'il voulait les offrir à ses nièces. Il choisit quatre ridicules et quatre tours de cou valant ensemble 128 francs, et donne comme adresse M. F..., juge d'instruction, 41, boulevard Latour-Maubourg. Au moment de partir, il emprunte un mouchoir, disant qu'il a oublié le sien. Le lendemain, la marchande envoie livrer la commande à l'adresse indiquée; il est répondu que M. F... y est inconnu.

A quelque temps de là, X... se présente chez un imprimeur : « N'est-ce pas vous, lui dit-il, qui imprimez les cartes de visite de M. C., juge d'instruction, mon collègue? Sur la réponse négative du commerçant et sur ses offres de service, il commande alors cinq cents cartes gravées au nom de M. F..., juge d'instruction; mais comme il faut plusieurs jours pour les établir, il prie qu'on lui fasse séance tenante cinquante cartes en typographie. Il prend alors sur la machine même, au fur et à mesure du tirage, les dix ou quinze premières cartes et se retire en disant qu'il passera prendre la commande entière quelques jours après. Au bout d'une semaine, l'imprimeur ne voyant pas revenir son client, envoie les cartes à l'adresse indiquée, mais elles lui sont retournées et au Palais il apprend que ce n'est pas M. F... qui a fait cette commande.

Telles sont les plaisanteries de mauvais goût commises par X... Il est à noter que jamais il n'a essayé de se faire livrer les marchandises, nous verrons plus loin le parti qu'il a essayé de tirer de ce fait.

Voici maintenant les actes qui ont motivé son arrestation. Ils sont relatés dans la déposition suivante de M^{me} M..., bijoutière, rue Saint-Honoré, plainte qui a été reconnue de tous points exacte.

« Le 15 juin 1895, X... entra dans ma boutique et fit choix d'une montre valant 60 francs. Il me dit qu'il était le D^r B..., professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, demeurant 32, avenue M... Il marchandait la montre que je lui laissai pour 50 francs. Cinq jours après, il rapporta

la montre dont le ressort était cassé. Apercevant un fusil, il me demanda à l'acheter pour son garde-chasse; je le lui vendis 30 francs. Quelques jours après, il revint et me demanda de lui donner à l'essai une montre à secondes qui devait lui servir pour l'exercice de sa profession de médecin. Je lui dis de revenir dans quelques jours, que je lui remettrais la montre une fois repassée. Sur ces entrefaites, je pris des renseignements 32, rue M..., sur le D^r B... Les meilleurs renseignements me furent donnés et on ajouta que depuis peu il demeurait 9, rue B.... Je me contentai de ces renseignements et lorsque X... se présenta chez moi je lui remis la montre à l'essai.

« Quelque temps après, X... s'étant présenté à ma boutique, je lui laissai entendre que je voulais vendre mon fonds et que ce serait pour lui une occasion d'acheter à bon compte soit des montres, soit des bijoux... X... me dit alors qu'il ne demandait pas mieux que de m'acheter quelques objets, en me prévenant toutefois qu'il ne pourrait me payer qu'à la fin de décembre. J'acceptai ce terme. X... choisit alors quatre bagues, une broche en brillants, une pendule Louis XV et d'autres bijoux que je lui remis en plusieurs fois. Sur ces entrefaites et d'après le conseil d'amis, j'envoyai mon commis, 9, rue B..., pour être sûr qu'il y avait identité entre mon acheteur et le D^r B.... Il fut répondu à mon commis que le D^r B... était parti pour son château. Comme X... n'avait pas pris livraison de la pendule, en me disant que sa femme n'en voulait pas, j'écrivis au D^r B... à sa campagne une lettre dans laquelle je lui expliquais que j'avais trouvé un amateur pour la pendule dont il ne voulait pas. Je ne reçus pas de réponse. Quelques jours après, X... vint, et je lui demandai pourquoi il n'avait pas répondu à ma lettre. Il me répondit qu'il n'y avait rien d'étonnant à cela, car il ne se trouvait pas à son château à ce moment. Il ajouta qu'il était désolé, car il craignait que ma lettre fût tombée entre les mains de sa femme, laquelle, d'après lui, devait ignorer ses achats chez moi, car les bijoux qu'il avait achetés étaient pour sa maîtresse.

« Vers le 15 décembre, X... se représenta chez moi et me dit qu'il me paierait dans les premiers jours de janvier seulement; il me demanda si je n'avais pas une bonne montre pour son beau-père. Je lui remis une montre valant 300 francs.

« Les premiers jours de janvier se passèrent. Ne voyant pas mon acheteur se présenter, j'envoyai mon commis, 9, rue B.; celui-ci fut reçu par le vrai D^r B. C'est alors que je vis que j'avais été victime d'un habile escroc et je portai plainte.

« Le 20 janvier, pendant qu'un inspecteur de la sûreté me demandait des renseignements concernant ma plainte, X... se présenta; il me dit : « Vous êtes inquiète? ». Il tenait des lettres

à la main portant l'adresse du D^r B. Il ajouta : « Voici des lettres que j'ai reçues là-bas ; voyez, c'est pour votre argent. » C'est alors que l'inspecteur de la sûreté intervint et emmena X...

« Le préjudice total qui m'est causé est de 3,525 francs. Chaque fois que X... est venu chez moi, il portait un ruban de chevalier de la Légion d'honneur ».

Une fois sorti de la boutique de M^{me} M..., X... essaya de fuir par trois fois, puis, ne pouvant y parvenir, tenta de tromper la foule qui s'était amassée, en lui désignant l'agent comme étant le voleur. Son système audacieux aurait peut être réussi sans l'arrivée de deux gardiens de la paix auxquels l'inspecteur exhiba sa carte de service.

Au poste, X... jeta dans les latrines le ruban rouge qui ornait sa boutonnière au moment de son arrestation.

On trouva sur lui, ainsi qu'à son domicile, les cartes qu'il avait précédemment commandées au nom de divers magistrats. On acquit bientôt la preuve qu'il avait engagé les bijoux escroqués à M^{me} M..., au Mont-de-Piété, pour la somme de 1,000 fr. et qu'il avait vendu les reconnaissances 400 francs. Cet argent lui avait servi à faire face à des échéances pressantes.

Telles sont les escroqueries reprochées à X... ; elles sont, on le voit, contemporaines des prétendus actes de folie accomplis dans les six derniers mois de l'année 1895.

Une fois à Mazas, X... écrit à sa femme la lettre suivante, sachant très bien qu'elle passerait sous les yeux du directeur de la prison et serait remise, non à la destinataire, mais au magistrat instructeur.

« Je te jure que je suis malade. Sans cette arrestation, « j'aurais continué à faire des actes semblables, je le sens ; une « force plus forte que moi me poussait à faire folie sur folie, « mais c'est si vrai que, si j'étais un voleur, j'aurais pu voler « tout autrement ; si j'étais vraiment responsable, je n'aurais « jamais engagé les bijoux à mon nom. Ah ! je t'avoue que « jusqu'au jour où j'ai été arrêté je me jugeais sain d'esprit. On « m'aurait joliment froissé si on m'avait dit que je n'avais pas « toute ma raison ; mais maintenant je suis bien forcé de me « l'avouer à moi-même. Je préférerais faire je ne sais combien « de prison que de devenir fou, c'est là mon cauchemar, et ça « depuis deux ou trois jours seulement, depuis que le malheur « m'a forcé à regarder mes actes en face. Si on savait ce qui « se passe en moi, si on savait que je suis inconscient de tout, « on aurait pitié de moi, on me tendrait la main, on me relève- « rait à mes propres yeux, on me guérirait peut-être. Oh ! oui, « je voudrais me guérir de cette terrible maladie qui est plus « forte que ma volonté et qui me fait faire des choses que per-

« sonne ne ferait, étant dans un état normal. Et dire que je ne
 « comprenais pas, que je ne sentais rien. C'est horrible eela,
 « c'est horrible. »

Craignant sans doute de ne pas s'être suffisamment fait comprendre, X..., quelques jours après, adresse à une dame de ses amies une nouvelle lettre, beaucoup plus explicite encore que la précédente :

« Chère Madame,

« Voilà que sous des dehors intelligents, ear qui m'eût dit
 « le contraire il y a seulement huit jours m'aurait fait hausser
 « les épaules de pitié, il existe en moi une grande laeune à mon
 « cerveau malade; il faut bien qu'il en soit ainsi, ear les actes
 « que j'ai accomplis en sont une preuve irréfutable. Il y a huit
 « jours, vous disais-je, je ne me connaissais pas, c'est seule-
 « ment le malheur qui m'arrive et les cinq longues mortelles
 « journées passées seul et loin de tout ee que j'aime, qui
 « m'ont ouvert les yeux. J'ai tout naturellement et forcément
 « repassé ma vie depuis quinze ou vingt ans et voilà que sans
 « que je m'en sois jamais douté, j'ai fait maints et maints
 « actes que l'on pourrait qualifier d'actes de véritable folie.

« Vous allez en juger. Figurez-vous que, sans *aucune rai-*
 « *son plausible*, j'entrais sans réflexion dans n'importe quel
 « magasin et commandais n'importe quelle quantité de mar-
 « chandises que je faisais adresser à une personne queleonque,
 « connue ou inconnue, adresse vraie ou fausse. — Croyez-vous
 « chère amie, quelle bizarrerie? et remarquez que j'ai fait eela
 « à maints endroits, que les gens l'ont déclaré comme ils ont
 « déclaré que jamais je n'avais essayé de me faire livrer quoi
 « que ce soit, que jamais je n'avais envoyé personne à l'adresse
 « indiquée pour essayer d'en prendre livraison sans payer, et
 « remarquez que je faisais cela pour ainsi dire sans le savoir
 « ou tout au moins sans me rendre compte si c'était bien ou
 « mal; sans eette affaire j'aurais certainement continué. Et il
 « n'y a pas à dire que je faisais eela pour mystifier les gens, je
 « ne les connaissais même pas. Et savez-vous que depuis que
 « j'ai déchiré ee voile, j'ai une peur mortelle de devenir fou?
 « Par moments, il me semble que ma tête se perd, qu'un ramol-
 « lissement du cerveau se produit et j'ai peur, oh! oui, j'ai peur
 « de devenir fou.

« Mais c'est horrible, cela, c'est horrible; je ne souhaiterais
 « pas à mon plus cruel ennemi d'être ainsi hanté, il faut être
 « atteint de eette maladie pour s'en faire une idée. Et le
 « comble, e'est que je n'ai appris toutes ces extravagances que
 « lorsque j'ai été arrêté. Mais voilà que j'ai fait la même chose
 « chez une dame M..., bijoutière, faubourg Saint-Honoré,
 « ehez laquelle j'avais tout d'abord, en passant, acheté pour ma

« belle-mère une petite montre de 65 ou 70 francs que j'avais
« payée au comptant, et toujours comme chez les autres je me
« suis donné un nom quelconque, celui du D^r B. ; croyez-vous
« chère amie que ce n'est pas une aberration d'esprit ?

« Je retournai plusieurs fois chez cette marchande et comme
« elle m'offrit des bijoux à crédit jusqu'à la fin de l'année, je
« lui en achetai et dans mon aberration, c'est le cas de le dire,
« je ne lui dis pas que je n'étais pas le D^r B...

« Bref, le 11 janvier, ne me voyant pas arriver, elle envoya
« son employé chez le D^r B... ; vous comprenez le reste : le
« docteur lui ayant dit, bien entendu, qu'il n'avait rien acheté
« de cette dame, elle porta plainte et le 20 janvier, comme j'y
« allais pour lui dire que sous peu de jours elle serait payée,
« un agent de la sûreté s'y trouvait pour vérifier sa plainte et
« m'arrêta sans vouloir accepter une explication qui sûrement
« aurait abouti à une entente, car j'aurais prié cette dame de
« venir chez moi, elle aurait vu notre intérieur, ma femme,
« elle aurait vu qu'elle avait affaire en somme à des gens chez
« eux et tout se serait arrangé ; mais l'agent n'a rien voulu
« entendre et vous savez le reste.

« Voilà mon histoire, ma chère amie, et maintenant le Parquet
« veut poursuivre quand même, m'a dit mon avocat ; mais je
« crois que le juge d'instruction va ordonner une expertise
« d'un médecin aliéniste et on me mettra dans une maison de
« fous ; n'est-ce pas horrible ?

« J'en suis mort de peur ; si on ne vient pas à mon aide, je
« serai fou avant peu, je le sens, et je vous le répète, ma chère
« amie, jamais il n'est entré dans ma tête de tromper cette
« pauvre femme. C'étaient des actes de folie que je faisais et j'ai
« peur que cette folie continue son ravage, je sens que ma tête
« s'égaré, que mes idées s'entre-choquent. Bref, je suis malade. »

En présence de ces lettres, M. le juge d'instruction me commit, à l'effet d'examiner l'état mental de l'inculpé.

A Mazas, je trouve X..., calme, lucide ; le personnel de la prison m'apprend que, depuis son arrivée, il n'a donné lieu à aucune remarque particulière.

Prié de m'indiquer en quoi consistent les troubles mentaux dont il se prétend atteint, X... me donne les explications suivantes : « Par moments, je perds la tête, j'ai commis des actes
« d'idiot et quelqu'un m'aurait dit que j'étais un imbécile,
« j'aurais haussé les épaules. Figurez-vous que j'entrais dans
« des magasins et que j'envoyais des marchandises à Pierre et
« à Paul sans savoir pourquoi. Je me suis fait faire des cartes
« au nom de divers magistrats, je ne sais pas pourquoi : croyez-
« vous que c'est drôle ! Maintenant qu'on m'a reproché tout
« cela, je m'en rends compte, mais dans le moment je ne savais

« pas ce que je faisais. Du reste, ce n'est pas étonnant que j'aie
 « des moments d'absence, j'ai eu tant de malheurs. Et puis
 « pendant que j'étais avec ma première femme, je me masturbais
 « des six, sept, huit fois par jour, c'est honteux. » Tout en
 parlant, X... pousse des soupirs, se passe la main sur le front.
 Il continue ainsi : « Je sens que si je reste là tout seul, je
 « deviendrai fou : il me vient de drôles d'idées ; j'aurais aussi
 « bien envie de pleurer que de chanter. C'est idiot ! c'est idiot !
 « Il n'y a pourtant pas de fous dans ma famille, je ne devrais
 « pas le dire dans mon intérêt, mais je ne veux dire que la vé-
 « rité ; tenez, il paraît que j'ai fait envoyer par un bijoutier,
 « une montre à M. B..., substitut du procureur de la Répu-
 « blique, eh bien, je ne m'en souvenais plus ; on me l'a rappelé
 « depuis mon arrestation. Je savais bien que je l'avais fait,
 « mais je n'y pensais plus. Je me rends compte maintenant de
 « l'absurdité de tous ces actes, je dois être moins fou que je
 « ne l'étais alors. Ah ! ma pauvre tête, elle va éclater. Ah ! ce
 « n'est pas étonnant que je sois devenu fou à peu près, j'ai
 « éprouvé tant de déboires. Croyez bien que je ne veux pas me
 « faire passer pour plus malade que je ne suis, je ne simule pas
 « la folie. » Je fais remarquer à l'inculpé que tous les actes
 dont il vient de me parler sont fort peu graves et que si on
 n'en a pas d'autres à lui reprocher, sa situation n'est pas bien
 critique. Il m'avoue alors le fait et il ajoute : « Le frère de la
 « marchande de bijoux atteint de paralysie se trouvait dans la
 « boutique, comme je lui donna si quelques conseils, M^{me} M...
 « me dit : Seriez-vous docteur ? alors je lui ai répondu que
 « j'étais le D^r B... ; croyez-vous que c'est drôle. Mais j'avais
 « la ferme intention de rembourser cette dame. Deux faits le
 « prouvent bien. Je portais toute ma barbe ; à un moment je
 « me suis fait couper les favoris, je suis retourné chez la
 « bijoutière, ce qui prouve bien que j'avais l'intention de la
 « payer, sans quoi je ne lui aurais pas montré cette transfor-
 « mation de barbe qui me rendait difficilement reconnaissable.
 « Autre preuve de ma bonne foi, c'est que j'ai engagé les
 « bijoux à mon nom, alors qu'il m'était facile d'en donner un
 « autre. »

L'aspect de X..., sa physionomie, sa tenue, son langage même n'offrent en rien le cachet de l'aliénation mentale. On n'observe aucun trouble de la motilité, ni tremblement, ni paralysie ; aucun trouble de la sensibilité générale ou spéciale ; aucun embarras de la parole qui puisse faire penser à une lésion des centres nerveux. Il n'existe aucun stigmate d'hystérie, aucun signe d'intoxication alcoolique.

Si de l'examen de l'inculpé on passe à celui des divers actes qu'il a commis, que voit-on ?

En ce qui concerne le fait M..., qualifié esroquerie, je n'aperçois pas en quoi il peut ressembler même de loin à un acte de folie. Se faire remettre des bijoux à l'aide d'un faux nom, d'une fausse qualité, en employant des manœuvres frauduleuses, engager ces bijoux au Mont-de-Piété, puis vendre les reconnaissances et, avec l'argent ainsi obtenu, faire face à des échéances : voilà une série d'actes qui n'ont rien d'incohérent, qui ne dénotent nullement un état d'aliénation mentale chez leur auteur.

Quant aux commandes de cartes de visite au nom de divers magistrats, il ne s'agit point là encore d'une manifestation pathologique, mais au contraire d'un acte parfaitement raisonné. Un personnage russe doit, paraît-il, 1,500 francs à l'inculpé. X... s'est rendu un jour à l'ambassade de Russie demander des renseignements sur son créancier ; on l'a éconduit. En sortant, il a vu quelqu'un qui venait d'obtenir une audience en présentant la carte de M. A..., juge d'instruction ; il s'est tenu ce raisonnement : si j'avais, moi aussi, la carte d'un magistrat, je serais bien accueilli. C'est alors qu'il a commandé des cartes. Tout cela, il a fini par l'avouer à l'instruction, il a déclaré également qu'il comptait se servir des cartes pour circuler plus facilement sur la voie publique et couper les files en cas d'embarras de voitures.

Restent les commandes de bijoux et autres objets au nom de diverses personnes. Il ne s'agit encore pas là d'actes inconscients, car X... se les rappelle dans leurs moindres détails ; or, comment pourrait-il se remémorer des faits dont il n'aurait pas eu conscience ? cela est impossible : qui dit mémoire d'un fait dit par cela même conscience de ce fait.

A quel mobile l'inculpé a-t-il obéi en faisant ces commandes dont il ne tirait aucun profit ? A voir l'importance qu'il attache à ces actes, le parti qu'il cherche à en tirer pour sa défense, il n'est pas téméraire d'affirmer qu'il les a commis dans le seul but de faire croire à l'existence de troubles cérébraux pouvant excuser les délits dont il se rendait en même temps coupable. Ce ne serait pas la première fois qu'on verrait un homme chercher à donner le change sur son état mental en commettant, à côté de délits raisonnés, des actes ayant les apparences de la déraison.

En résumé, qu'on examine l'inculpé, qu'on considère les actes incriminés, nulle part on ne trouve de signes de folie. Ce n'est pas un homme au cerveau malade qui serait capable d'analyser, aussi minutieusement que le fait X..., sa conduite passée, de mettre en évidence tout ce que certains de ses actes semblent avoir de déraisonnable. X... n'est pas aliéné, il cherche simplement à en imposer pour la folie.

Conclusions. — X... prétend ne pas jouir de la plénitude

de ses facultés mentales, mais en réalité il n'est pas aliéné ; il doit donc rendre compte à la justice des actes dont il est inculpé.

Conformément aux conclusions de mon rapport, X... a été traduit devant le tribunal correctionnel. A l'audience, l'avocat a soutenu le système de défense adopté dès le premier jour par son client. Il a fait observer que, dans la plupart des cas, X... avait agi comme un insensé. « Quel profit avait-il tiré en somme « de ces commandes faites à des noms et à des adresses « imaginaires ou même à des adresses véritables ? Quel « profit, sinon de mystifier les marchands auxquels « leurs commis rapportaient toujours les objets après « avoir vainement cherché le destinataire ou parlé « menté avec des gens qui n'avaient rien commandé ? » Le défenseur en concluait que X..., fort éprouvé par des revers industriels et par des chagrins domestiques, n'avait certainement pas toute sa raison.

X... a été condamné à six mois de prison.

M. SÉGLAS. — J'ai un fait analogue à celui de M. Vallon ; je l'apporterai à la prochaine séance.

*Un cas de paralysie générale juvénile d'origine
hérédosyphilitique.*

M. PAUL SOLLIER. — Quoique depuis les travaux de M. Régis la paralysie générale juvénile d'origine hérédosyphilitique soit admise par tous les auteurs, le nombre des cas n'est pas encore tellement considérable que ceux qu'on rencontre ne soient plus dignes d'être relatés. Il n'y en a guère plus d'une cinquantaine connus aujourd'hui. L'observation que je rapporte ici n'a donc d'autre intérêt que de confirmer ce que l'on sait déjà.

Il s'agit d'une jeune fille actuellement âgée de dix-sept ans. Son grand-père paternel est atteint de ramollissement cérébral. Sa grand'mère paternelle ne paraît présenter aucune tare névropathique, non plus que les grands-parents maternels. Son père est bien portant, mais a eu la syphilis huit ans avant la naissance de sa fille. Il a un frère atteint de paralysie générale et interné. Sa mère, migraineuse et très nerveuse, est atteinte de surdité depuis une quinzaine d'années. Les

commémoratifs ne révèlent pas qu'elle ait contracté la syphilis avec son mari.

Un enfant né deux ans après la syphilis du père est arrivé avant terme et est mort presque aussitôt. Un enfant né l'année suivante, avant terme, n'a vécu que six semaines. Une sœur, plus jeune de huit ans que notre malade, est bien portante et intelligente. Quant à notre malade, elle est née à terme et ne présenta rien d'anormal jusqu'à l'âge de trois mois. Elle eut alors sur tout le corps « des boutons et des plaies », dit sa mère, qui guérirent avec des bains de sublimé, et elle eut des troubles cérébraux qui firent craindre une méningite.

Toujours très nerveuse, elle était sujette à de grandes colères. Elle était intelligente et tenait un très bon rang à l'école. Mais à onze ans on dut la retirer de pension parce qu'on ne pouvait plus fixer son attention. On essaya alors de lui donner des leçons particulières, mais sans succès, et elle dut abandonner toute étude. Depuis lors, son intelligence ne fit que diminuer, et depuis deux ans elle a perdu la mémoire d'une façon complète. Elle ne sait plus lire, ni écrire, et comprend à peine ce qu'on lui dit. Elle ne sait plus s'habiller, ni manger seule, ni faire d'ailleurs aucun des actes les plus élémentaires de l'existence.

Son aspect est celui d'une idiote complète. Elle ne peut se tenir debout et marcher que soutenue par les mains ou sous les bras. Quand on veut la tenir immobile, elle se met à piétiner sur place en se dandinant, et quand elle marche, elle avance par saccades irrégulières, en titubant. Les mêmes mouvements incoordonnés se remarquent dans les membres supérieurs. Elle a du tremblement des mains et ne peut tenir aucun objet. Les réflexes patellaires sont exagérés.

La tête, sans cesse en mouvement, est penchée le plus souvent sur la poitrine. La physionomie est hébétée; elle rit stupidement à tout propos. La bouche ouverte laisse écouler la salive, et la langue passe entre les lèvres. Elle tourne sans cesse la langue dans la bouche et mâchonne continuellement.

Elle n'a pas de grincement de dents.

Il y a du strabisme divergent de l'œil droit, avec une légère inégalité pupillaire, la pupille droite étant un peu

plus étroite. Le réflexe lumineux est très diminué et très paresseux.

La parole est inintelligible et ne consiste guère qu'en un bredouillement, au milieu duquel on ne distingue guère que le nom d'Eugène, qu'elle applique à toutes les personnes qui se présentent à elle et qu'elle cherche à embrasser en faisant avec ses lèvres le bruit d'un baiser.

Elle mange beaucoup et très gloutonnement, et elle a engraisé depuis deux ans. Elle est toujours un peu constipée et gênerait continuellement si on ne prenait grand soin d'elle. Le sommeil est très bon. Elle n'a jamais été réglée. Il y a trois ans, elle aurait présenté des phénomènes hémiplegiques du côté gauche, accompagnés de secousses des membres, d'une manière transitoire (quelques heures seulement). Il y a un an, elle semble avoir eu des illusions de la vue et peut-être des hallucinations.

Actuellement, elle est dans un état de démence complète, et ne reconnaît qu'à peine ses parents et ceux qui la soignent habituellement. Depuis longtemps déjà elle ne se reconnaît plus dans sa maison.

Le traitement spécifique auquel je la soumis n'amena absolument aucune modification.

Il ne me semble pas qu'il puisse y avoir le moindre doute sur le diagnostic de paralysie générale. A première vue, on ne pourrait faire de confusion qu'avec de l'idiotie due à de la méningo-encéphalite diffuse. L'état intellectuel de la malade pendant son enfance et l'absence de cause à cette méningo-encéphalite, qui frappe ordinairement les enfants dans le bas-âge, permettent seuls d'écarter ce diagnostic. D'ailleurs, qu'on donne à l'état de la malade le nom d'idiotie ou de démence, le terme importe peu. C'est toujours d'une méningo-encéphalite chronique diffuse qu'il s'agit, et, comme je l'ai soutenu, certaines formes d'idiotie ne diffèrent guère des formes de démence de l'adulte que par l'âge des sujets.

Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est la cause de cette méningo-encéphalite. Il n'est pas douteux que ce soit la syphilis héréditaire. Le père est syphilitique. Deux ans après l'infection, un premier enfant est mort-

né. Un an plus tard, un second enfant naît et peut vivre six semaines. Cinq ans plus tard, vient au monde notre malade. Cette fois l'enfant résiste. Elle a des manifestations d'hérédo-syphilis qui laissent son intelligence indemne; mais dès l'âge de onze ans la déchéance intellectuelle, puis physique, se manifeste, et, en six ans, elle arrive à son apogée. Une autre enfant, née cinq ans après notre malade, offre plus de résistance qu'elle à l'infection syphilitique héréditaire et ne présente encore aucune manifestation névropathique ou psychopathique. Au point de vue de l'atténuation du virus syphilitique, on a ainsi une sorte d'échelle biologique.

Si la syphilis héréditaire est la cause de la paralysie générale, dans ce cas il n'est pas douteux non plus que l'hérédité névropathique n'entre pour une certaine part, et même assez considérable, dans sa pathogénie. Nous voyons, en effet, que du côté paternel les tares nerveuses sont assez marquées puisque le grand-père est atteint de ramollissement cérébral et qu'un oncle paternel de la malade est atteint également de paralysie générale. Si cette dernière est syphilitique aussi, comme c'est probable, il semble donc que la syphilis ait une tendance particulière chez les membres de cette famille, qu'elle soit acquise ou héréditaire, à provoquer la paralysie générale. Comme chez l'adulte, nous voyons donc que si la syphilis joue un grand rôle dans la production de la paralysie générale, et peut-être le plus grand, il y a lieu de tenir grand compte également du terrain sur lequel elle évolue.

Il manque malheureusement à cette observation, comme à la plupart d'ailleurs de celles qui ont été publiées, le contrôle anatomo-pathologique. Mais les caractères cliniques m'ont paru assez nets pour qu'on puisse la ranger sans hésitation à côté des autres cas de paralysie générale juvénile hérédo-syphilitique.

M. CHARPENTIER. — Comme l'a fait remarquer M. Sollier dans son intéressante observation, la question de diagnostic ne peut être soulevée qu'à propos de la démence autre que la démence paralytique. Les symptômes sont bien ceux de la paralysie générale arrivée à la période démentielle; mais à ce degré les démen-ces se ressemblent.

Ce qui me paraît manquer dans l'observation, ce sont les symptômes qui ont précédé l'état démentiel et qui appartiennent plus particulièrement à la paralysie générale : période de dynamisme prémonitoire, insomnie, excitation intellectuelle, délire, tremblement fibrillaire des muscles de la langue et du visage, embarras spécial de la parole. M. Sollier a bien signalé l'inégalité pupillaire, mais il constate que sa malade a du strabisme monoculaire, ce qui pouvait expliquer cette inégalité ; sa malade a pris de l'embonpoint, ce qui ne se voit guère que dans les périodes stationnaires ou d'apparence de rémission.

L'affaiblissement en masse de l'intelligence et du mouvement, les troubles profonds du langage, le gâtisme sont les symptômes communs à tous ces états démentiels que j'ai tenté de réunir autrefois sous le nom de démences précoces.

Quant à la question d'hérédo-syphilis, elle ne pourrait acquérir une valeur réelle que si la démence de notre malade était une démence paralytique, ce qui n'est pas nettement démontré.

La morto-natalité des deux premiers enfants n'est pas un signe absolu d'hérédo-syphilis ; ce fait peut se constater dans d'autres cas ; et d'ailleurs la malade qui fait le sujet de l'observation a dix-sept ans.

Je m'empresse de rendre hommage à la sincérité de cette observation, en raison même des lacunes qu'elle présente au point de vue de la paralysie générale, ce qui la différencie de ces observations de notre époque où les symptômes sont tellement précis qu'elles semblent avoir été commises avec préméditation.

M. ARNAUD. — Je ne discute pas le diagnostic de M. Sollier. Les faits de paralysie générale juvénile sont connus. Il est regrettable que dans celui-ci on n'ait pas d'autopsie. Mais il en existe et chez des jeunes, beaucoup plus jeunes. M. Raymond rapportait récemment un cas, où, comme dans l'observation de M. Sollier, l'affection a commencé par de l'affaiblissement intellectuel. Ce n'est que plus tard qu'il y a eu des ictus, des phénomènes cérébraux. Cette évolution facilite même le diagnostic. Il ne faut pas s'étonner qu'il y ait des différences cliniques et que la paralysie générale d'un enfant ne soit

pas semblable à celle d'un adulte. On ne trouve souvent qu'un ensemble de symptômes plus ou moins accusés. Mais je ne crois pas qu'on puisse nier la paralysie générale juvénile.

M. VALLON. — La plupart des cas ont trait à des individus syphilitiques ou fils de syphilitiques. Néanmoins, ce n'est pas une règle absolue. J'ai en dernièrement l'occasion de faire l'autopsie d'un garçon de vingt ans, ayant été diagnostiqué paralytique général par plusieurs médecins, entre autres par M. Briand. Il n'était pas syphilitique, n'ayant eu des rapports que quelques fois avec une femme qui ne l'était pas. Son père ne l'était pas non plus. Mais il y avait une hérédité névropathique considérable.

M. CHRISTIAN. — J'ai hésité à prendre la parole parce que je ne crois pas à la paralysie générale juvénile. Je crois qu'il s'agit là d'encéphalites, d'affections cérébrales, et qu'il n'est pas démontré par l'anatomie pathologique que ce soit de la paralysie générale. De plus, les phénomènes hémiplegiques sont rares dans la paralysie générale. Je crois qu'il faut séparer ces cas de la vraie paralysie générale.

M. BRIAND. — Je ne suis pas de l'avis de M. Christian. Je crois que la paralysie générale infantile n'est pas niable. J'ai connu le malade dont vient de parler M. Vallon, et c'est moi qui ai fait le premier le diagnostic. Je l'ai vu évoluer, atteint intellectuellement. C'était un type de paralysie sans délire. Il avait seulement de la satisfaction. Le début a eu lieu à seize ou dix-sept ans et la terminaison s'est faite en cinq ou six ans.

M. VALLON. — On peut discuter à perte de vue les symptômes cliniques, mais quand, à l'autopsie, on trouve de l'épaississement des méninges, des adhérences à l'écorce, les lésions cellulaires de la paralysie générale, je ne sais pas comment on peut dire que ce n'est pas de la paralysie générale.

M. ARNAUD. — Il y a aujourd'hui 43 autopsies.

M. J. VOISIN. — La malade de M. Sollier avait-elle des stigmates d'hérédosyphilis? J'ai un cas dans mon service qui n'a pas de stigmates, mais le père de la malade est syphilitique. Le traitement spécifique n'agit pas comme il devrait le faire, si la syphilis était vrai-

ment en cause d'une façon prédominante. Je crois que beaucoup de paralysies générales juvéniles ne sont pas syphilitiques.

Dans tous les cas, je crois devoir bien faire ressortir la rareté de l'existence des stigmates de l'hérédo-syphilis chez les enfants atteints de cette paralysie générale et l'efficacité du traitement spécifique dans ces cas.

M. VALLON. — On ne peut évidemment pas dire syphilis héréditaire, s'il n'y a pas eu d'accidents syphilitiques ou s'il n'y a pas de stigmates d'hérédo-syphilis.

M. SOLLIER. — Il est vrai que j'ai omis de signaler l'état de la dentition, laquelle ne présentait rien d'anormal. Mais si mamalade n'avait pas de stigmates d'hérédo-syphilis, elle avait eu mieux que cela, puisqu'à l'âge de trois mois elle avait présenté des manifestations syphilitiques pour lesquelles elle avait été traitée par des bains de sublimé. La syphilis est donc bien avérée dans ce cas. Quant aux symptômes que M. Charpentier critique, je ferai remarquer que l'excitation n'est pas une manifestation nécessaire de la paralysie générale; l'engraissement est un phénomène observé fréquemment, sauf à la dernière période où n'est pas encore arrivée la malade. L'hémiplégie est rare, je suis tout à fait d'accord avec M. Christian sur ce point; mais les phénomènes paralytiques transitoires, comme ceux de ma malade, les ictus, sont au contraire très fréquents.

Quant au diagnostic de semblables cas avec l'idiotisme acquis et les démences précoces, j'avoue que cela me semble être de simples questions de mots, et comme j'ai eu soin de le dire, il s'agit d'une méningo-encéphalite diffuse, chronique et d'origine syphilitique. Qu'on appelle paralysie générale, ou idiotisme, ou démence précoce, l'ensemble des symptômes que cet état entraîne, cela importe peu. Ce qui est intéressant à relever dans ces cas, c'est leur étiologie. Or, ici, deux facteurs ne sont pas douteux: l'hérédo-syphilis d'une part, et, de l'autre, l'hérédité névropathique. Cette observation m'a paru intéressante, en outre, au point de vue de l'atténuation progressive du virus syphilitique, qui se manifeste d'une façon si nette d'un enfant à l'autre.

La séance est levée à six heures. PAUL SOLLIER.

BIBLIOGRAPHIE

Thirteenth annual report of the committee in lunacy to the Board of public charities of the commonwealth of Pennsylvania, 1895
(Treizième rapport annuel du comité de l'aliénation mentale au Bureau des charités publiques de l'Etat de Pennsylvanie, 1895).

Les cinq hôpitaux d'Etat pour les aliénés de la Pennsylvanie ont reçu, pendant l'année fiscale 1894-1895, 1,534 aliénés ; ils n'en ont perdu que 1,443, de sorte que l'accroissement annuel de la population a été de 112, ce qui est d'autant plus fâcheux que ces établissements sont encombrés à un point qu'il est difficile de dépasser. Et pourtant ce taux d'accroissement annuel est un des plus faibles qu'on ait constatés depuis dix ans.

On sait — nous en avons rendu compte ici-même — que l'Etat de Pennsylvanie a fondé récemment un établissement destiné à recueillir des aliénés chroniques valides et aptes au travail, sélectionnés parmi la population des divers hôpitaux d'Etat pour aliénés ; c'est l'asile de Wernersville. Mais il paraît que les choses ne vont pas toutes seules et que la sélection de ces chroniques valides se montre laborieuse. Les directeurs médecins des hôpitaux d'Etat ne manifestent qu'un empressement médiocre à se séparer de leurs meilleurs travailleurs, et parmi les transférés à Wernersville, il se glisse plus d'une brebis galeuse, je veux dire plus d'un éclopé incapable de tout travail, des brightiques, des tuberculeux, des agités indisciplinables et des impulsifs.

Disons quelques mots du fonctionnement de cet établissement dont nous n'avons pas d'analogue chez nous. La population traitée a été, pendant l'année 1894-1895, de 902. Il y a eu 139 extinctions dont 5 guérisons et 39 décès. 84 malades ont dû être transférés dans les hôpitaux d'Etat dont ils étaient venus. 656 (478 hommes et 178 femmes), ont été employés à divers travaux dont 373 hommes aux travaux des champs et 16 au jardinage. Il n'y a pas encore d'ateliers à Wernersville,

mais on en construit, et les divers genres de travail manuel ne tarderont pas à être organisés. En somme, la fondation de l'établissement est encore trop récente pour que les résultats en apparaissent bien clairs à l'heure actuelle.

Ce volumineux rapport contient en outre de nombreuses statistiques qui n'offrent aucun intérêt particulier.

A. CULLERRE.

Third annual report of the Board of managers of Craig colony for the fiscal year ending 30 septembre 1896 (Troisième rapport annuel du bureau des administrateurs de la colonie de Craig, pour l'année 1896).

La colonie de Craig (1) a été fondée tout récemment par le Bureau d'assistance publique de l'Etat de New-York pour recevoir 145 épileptiques des deux sexes choisis parmi les 800 environ qui sont hospitalisés dans les maisons de charité des divers comtés de l'Etat. L'établissement a commencé à fonctionner le 1^{er} février 1896, et déjà les résultats constatés sont des plus satisfaisants. La santé physique des pensionnaires de ce nouvel établissement s'est améliorée; leurs crises ont considérablement diminué de fréquence. Presque tous ont perdu cet air de résignation abrutie, de paresse et d'indifférence qu'on lisait auparavant sur leur visage. Il n'ont pas tardé à apprécier les bienfaits d'une occupation régulière et des moyens employés dans le but d'améliorer leur état physique et moral. Malgré l'entière liberté dont ils jouissent à cet égard, il n'y a eu que de rares demandes de sortie.

Le surintendant, le D^r Spratling, estime que le travail agricole auquel ces malades sont employés ne tardera pas, outre les avantages moraux qu'il procure à ces derniers, à être rémunérateur pour l'administration et à atténuer ses charges.

Les divers traitements préconisés contre l'épilepsie ont été expérimentés sur une large échelle et ont donné des résultats en rapport avec l'expérience déjà acquise.

83 pour 100 des épileptiques mâles ont été employés comme suit: 21 à la ferme, 16 au jardin, 11 aux divers ateliers, 3 au

(1) Voir l'article du D^r Peterson dans le numéro d'août 1896 des *Annales*.

service religieux. La journée de travail est de huit heures ; 74 pour 100 des femmes ont été occupées aux travaux domestiques, ménage, cuisine, buanderie, etc.

Une école a reçu 23 élèves et paraît devoir donner les meilleurs résultats au point de vue de la moralisation non moins que de l'instruction.

Grâce à la générosité de nombreux particuliers, l'établissement a été largement approvisionné de jeux, de musique, de plantes d'ornement, de livres et de journaux. Qu'il nous suffise de dire que les publications périodiques reçues gratuitement ont été au nombre de 28, pour indiquer quelles formes intelligentes sait revêtir la charité de l'autre côté de l'Atlantique.

Ajoutons pour terminer que la colonie de Craig, encore en voie d'installation et dont de nombreuses parties restent à construire, est pourvue d'une provision d'eau capable de desservir un établissement de 1,000 malades, d'un réseau d'égouts superbe avec champs d'épandage, de la lumière électrique, en un mot de... tout ce que nous n'avons pas.

A. CULLERRE.

La cura di morbo di Basedow con la galvanizzazione et con l'alimentazione di timo fresco. (Deux cas de goitre exophtalmique traités l'un par l'électricité, l'autre par l'ingestion de thymus de veau), par le D^r Domenico Ventra. 1896.

Il s'agit, dans le premier cas, d'un homme de trente-cinq ans, gravement atteint, qui, au bout de deux mois de galvanisation locale, retourna à ses affaires complètement guéri. La guérison se maintient depuis deux ans.

Le second sujet, une femme de trente ans, après avoir subi en vain divers traitements, fut soumise d'un jour l'un à l'ingestion d'un lobe de thymus frais de veau. Au bout de trois mois, la malade était transformée, tous les symptômes basedowiens avaient disparu et on pouvait la considérer comme guérie.

L'auteur, à propos de cette observation, rappelle les communications antérieures d'Owen et de Meikulicz sur l'emploi du thymus dans le goitre exophtalmique ainsi que les hypothèses, d'ailleurs peu satisfaisantes, émises au sujet des fonctions de cette glande si peu connue.

A. CULLERRE.

State of New-York. State commission in lunacy; Seventh annual report 1894-1895 (Etat de New-York. Septième rapport annuel de la Commission d'Etat des aliénés pour l'année fiscale 1894-1895).

Ce volumineux rapport se divise en plusieurs parties consacrées aux diverses branches de l'administration des établissements d'aliénés de l'Etat. Le système des hôpitaux d'Etat (voir notre article de l'année 1896 dans ce recueil : les Etablissements d'aliénés de l'Etat de New-York) continue à donner les meilleurs résultats, tant au point de vue philanthropique que financier. Après de nombreuses péripéties, une loi a été votée en 1895, par la législature, pour rattacher à ce système les asiles d'aliénés de la cité de New-York, qui, ainsi que nous l'avons vu, laissaient fort à désirer; il en résulte la création d'un nouvel établissement d'Etat pour les aliénés, le Manhattan State Hospital.

Les différents chapitres de ce rapport ne nous révèlent rien de nouveau sur le fonctionnement du service que nous avons décrit avec quelques détails l'année dernière. Des exposés financiers, de nombreuses statistiques médicales, des considérations étendues sur chaque établissement, en forment la matière connue et sur laquelle il nous paraît inutile d'insister. L'énorme développement de ce rapport s'explique, si l'on songe qu'on y trouve jusqu'à l'inventaire détaillé du matériel, des instruments de chirurgie, des publications, des livres, achetés pendant l'année, par certains établissements, des divers produits récoltés, etc., etc.

A. CULLERRE.

Craniometry and cephalometry in relation to idiocy and imbecility (La craniométrie et la céphalométrie dans leurs rapports avec l'idiotie et l'imbécillité); par le Dr Frederiek Peterson, New-York, 1895.

Les grands progrès faits dans l'étude des localisations cérébrales ouvrent la voie à une phrénologie nouvelle, plus scientifique quoique plus limitée que l'ancienne, ce qui justifie l'étude de la craniométrie et de la céphalométrie trop négligées dans le pays de l'auteur. C'est pourquoi il se propose de présenter, dans cet opuscule, les notions les plus strictement indispensables pour la mensuration des têtes, savoir :

- 1° La circonférence ;
- 2° L'arc naso-occipital ;
- 3° L'arc naso-bregmatique ;
- 4° L'arc bregmato-lambdaïde ;
- 5° L'arc bi-auriculaire ;
- 6° Le diamètre entéro-postérieur ;
- 7° Le diamètre transverse maximum ;
- 8° Le diamètre bi-auriculaire ;
- 9° Les deux rayons auriculo-bregmatiques ;
- 10° La longueur de la face ;
- 11° La hauteur maxima de la tête.

L'auteur considère chacune de ces dimensions en détail, décrit les instruments nécessaires aux mensurations et donne des tables de mesures craniométriques chez des normaux et chez des idiots et imbéciles.

A. CULLERRE.

De l'interdépendance fonctionnelle des centres corticaux du langage ; par Fritz Sano. Communication faite, avec projection de coupes microscopiques, à la Société belge de neurologie. Extr. du *Journ. de neurol. et d'hypnot.*, 1897.

Hémiplégie droite chez un ancien syphilitique, âgé de quarante-cinq ans, dont toutes les artères cérébrales étaient plus ou moins atteintes d'endartérite oblitérante. L'artère calcarine, en particulier, présentait une hyperplasie endothéliale très accusée, à laquelle il convient sans doute d'attribuer les troubles passagers d'orientation rapportés dans l'histoire clinique de ce malade. Les phénomènes consécutifs à l'attaque apoplectiforme observés de septembre 1894 à avril 1895 (la mort arriva le 29 mai 1895, par hémorragie cérébrale localisée dans l'hémisphère droit), ont été les suivants : *surdité verbale*, avec conservation de l'intelligence des bruits et des sons autres que ceux de la parole ; *c c t  verbale* et *agraphie* complètes ; *paraphasie*. Mimique intacte. — Examen anatomo-pathologique. Hémisphère gauche. Ramollissement par obl t ration d'une des branches de l'artère sylvienne irriguant le territoire cortical qui entoure l'extrémité du *ramus postérieur* de la *fissura Sylvii* comprenant : 1° les deux tiers postérieurs du *gyrus supramarginalis* ; la lésion, pénétrant jusqu'à la paroi ventriculaire, avait détruit une partie du *faisceau longitudinal inférieur*, de la

radiation thalamique et du *tapetum*. Dans sa partie antérieure, l'union du *gyrus supramarginalis* avec PA était intacte; 2° le tiers postérieur de T¹. L'artère du *gyrus angularis* ou pli courbe n'avait pas plus que celle de T³ déterminé d'accident. Mais le pli courbe avait subi une dégénérescence secondaire du fait de la destruction des faisceaux d'association qui l'unissaient au lobule supramarginal et à la première circonvolution temporale. Seules, ses relations avec le lobe occipital étaient demeurées entières. En résumé, la destruction du territoire décrit a déterminé la dégénérescence des fibres qui associent le *gyrus supramarginalis* et T¹ à toutes les autres régions corticales et sous-corticales.

L'auteur a cherché et trouvé dans la nouvelle division de l'écorce cérébrale de Paul Flechsig « une base anatomique » pour la discussion scientifique de son observation : « L'étude du cerveau chez le nouveau-né et l'enfant démontre que, dans l'écorce, certaines régions, les premières à se développer, sont des circuits superposés aux centres inférieurs (*sphères sensitivo-motrices*). Entre ces régions, unies par des voies directes chez les animaux et chez l'homme, viennent s'interposer de nouveaux circuits surajoutés (*centres d'association*). » Il constate que « les découvertes de Flechsig jettent une lumière nouvelle sur le développement et la physiologie » du cerveau.

Tout l'intérêt de ce travail consiste précisément à faire ressortir les différences fonctionnelles des centres de projection, qu'il appelle *sensitivo-moteurs*, et des centres d'*association*.

Le malade, dont l'*alexie* et l'*agraphie* demeurèrent complètes, pouvait non seulement répéter les paroles, mais parvint à répondre à un petit nombre de questions simples par des phrases usuelles. Ainsi que dans le cas de Heubner, cité par Flechsig, le malade répétait donc les mots entendus; mais il ne les retenait ni ne les comprenait certainement pas. Flechsig a montré, en effet, que la surdité verbale proprement dite, ou « *aperceptive* », ne résulte pas, en réalité, de la destruction de la sphère auditive. L'intelligence ou la compréhension du mot implique la possibilité du réveil, par l'excitation verbale, des associations de tous les territoires de l'écorce auxquels elle s'irradie. La destruction de tel ou tel de ces territoires, ou celle de leurs rapports dans l'espace, réagira sur la compréhension et la conservation de ce complexe de perceptions élémentaires associées qu'est un mot, perceptions qui sont loin, d'ailleurs, de posséder une égale importance. *L'image verbale auditive* et

l'image motrice d'articulation ont naturellement une valeur phylogénique que ne sauraient avoir les *images verbales visuelles et graphiques*, dont les centres se sont différenciés beaucoup plus tard, ou même ne le sont pas encore. Il paraît pourtant probable à M. Fr. Sano qu'« il doit exister au niveau du centre sensitivo-moteur de la main droite (centre *cheiro-kines-thésique* de Bastian) des associations cellulaires en rapport avec les mouvements de l'écriture », des reliquats de sensations kinesthésiques capables encore d'aboutir à un mouvement d'expression motrice graphique chez les aphasiques sensoriels. Mais, « en aucun cas, ainsi que l'a écrit Flechsig, on ne peut répéter, après Charcot, que tantôt l'activité seule de F², tantôt celle de la sphère auditive, tantôt celle de la sphère visuelle, puissent suffire à la conservation des images verbales ». L'image verbale visuelle, dissociée de l'image verbale auditive, par exemple, n'a plus aucune signification. C'est que la première est essentiellement subordonnée à la seconde, dont le centre cortical est beaucoup plus ancien. On comprend ainsi « pourquoi la cécité verbale est le symptôme qui apparaît le plus facilement dans les troubles cérébraux, pourquoi la conservation de la vision verbale est la plus précaire et pourquoi, dans l'aphasie sensorielle, celle-ci est rarement conservée. Enfin, l'écriture étant d'origine encore plus récente, sa conservation sera plus fragile encore ». Au point de vue clinique, Sano soutient, avec Dejerine, que « la lésion d'un des centres du langage entraîne une altération du langage intérieur, et, par suite, des altérations manifestes ou latentes de toutes les modalités du langage, avec troubles prédominants sur la fonction des images directement détruites » (Thèse de Mirallié).

Mais comment, malgré la destruction des centres d'association, dont la synergie anatomique et fonctionnelle est nécessaire au langage, les malades, dans le cas d'Heubner, dans celui de Sano et dans d'autres, parviennent-ils non seulement à répéter certains mots, mais à répondre à certaines questions banales, d'une manière non moins banale, sans comprendre d'ailleurs ce qu'ils disent? Comment arrivent-ils à écrire quelquefois leur nom, sans pouvoir le relire? Voici l'interprétation de l'auteur. Dans certains cas, la perception du centre auditif, ou du centre visuel, doit se transmettre, par voie directe, au centre moteur respectif, centre d'articulation verbal ou centre graphique, sans qu'intervienne aucun centre d'association, dont la destruction cause précisément la surdité ou la cécité verbale. Ainsi, pour

la signature automatique de son nom, le malade essaierait de retrouver une association motrice devenue involontaire, réflexe, mais qui peut être reproduite tant que la région où le cliché est, en quelque sorte, conservé, demeure intacte. C'est que, après la destruction des *centres d'association*, résultant, au cours de l'évolution, de la division du travail physiologique de l'écorce et, partant, bien postérieurs aux *centres de projection* ou sensitivo-moteurs, ceux-ci, moins élevés phylogéniquement, centre cortical visuel primitif, centre cortical auditif primitif, auraient conservé leurs relations primordiales avec les centres moteurs; ils pourraient donc agir encore, directement, d'une façon réflexe, sur les centres corticaux de l'appareil phonomoteur, ou sur celui des mouvements graphiques de la main. Ces centres répondraient avec d'autant plus de précision que la réponse, c'est-à-dire la réaction motrice à une excitation sensorielle, a été plus souvent répétée, qu'elle est devenue habituelle à l'individu, telle qu'un juron, et peut absolument se passer du contrôle de la conscience.

Enfin, après Bastian et Ferrier, l'auteur rejette l'existence de tout centre d'idéation. Le centre idéogène des anciens schémas des fonctions du cerveau a vécu. Quand nous écrivons, disait Bastian en 1887, nous nous rappelons d'abord les images verbales *auditives* unies aux images *motrices*, puis le souvenir des images *visuelles* surgit dans notre mémoire, enfin les images *graphiques* surviennent. C'est de l'association des perceptions et des images verbales du langage que résulte la compréhension ou l'intelligence des mots. « L'unité qui nous apparaît dans l'idée, dans le phénomène psychique, n'est que la résultante d'un nombre de forces incalculables qui agissent en équilibre. » L'auteur admet pourtant la possibilité que cette unité de la conscience réponde à quelque « réalité anatomique », à « un neurone ou à un groupe de neurones coordinateurs qui tiennent les phénomènes élémentaires sous leur dépendance. Mais, même en admettant cette *hypothèse*, le point d'application de la résultante sera *variable* avec le nombre et la variété des forces composantes. Le centre de figure pourra se trouver, alternativement, à *tous les points* des *zones d'association des deux hémisphères* suivant les régions qui participeront plus particulièrement à l'action intellectuelle ». Les vrais centres d'idéation sont les centres d'association considérés dans leur mutuelle dépendance. Mais ils ne rappellent que de très loin la glande pinéale et la haute fonction de centralisation mentale.

que lui avait attribuée notre grand physiologiste René Descartes. Et nous ne pouvons que souscrire en terminant à ces paroles de Fritz Sano : « Il est loin déjà le temps où les anatomistes, serviteurs inconscients ou forcés de la métaphysique, étaient sans cesse à la recherche d'un organe impair, dominant tous les autres, pour y placer le *siège de l'âme*. »

JULES SOURY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— De la caricature et des masques. Causerie faite à la séance d'inauguration des Conférences d'hiver de la Société d'Emulation d'Auvergne ; par le D^r P. Hospital. 13 pages in-8°. Clermont-Ferrand, typographie G. Mont-Louis, 1897.

— L'ordre des médecins. Quelques arguments pour le combattre ; par le D^r Paul Aubry. 13 pages in-8°. Extrait des *Annales d'hygiène et de médecine légale*, numéro d'octobre 1897.

— Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices ; par le D^r Alexandre Paris. Ouvrage récompensé par l'Académie de médecine. 1 vol. in-18 de 133 pages. Paris, A. Maloine, 1897.

— Sulla opportunità ed efficacia della cura chirurgico-ginecologica nelle nevrosi isterice e nelle alienazioni mentali. Risultati di una inchiesta internazionale (Résultats d'une enquête internationale sur l'opportunité et l'efficacité du traitement chirurgico-gynécologique dans la névrose hystérique et dans les maladies mentales) ; par les D^{rs} G. Angelucci et A. Pieraccini. 78 pages in-8°. Extrait de la *Revista sperimentale di freniatria*, 1897.

— L'aliénation mentale, ses causes, ses dangers, ses traitements. Améliorations à apporter à l'organisation des asiles. Rapport du D^r Al. Paris, médecin en chef de la division des femmes de l'Asile de Maréville, au préfet de Meurthe-et-Moselle, pour l'année 1896. 110 pages in-8°. Nancy, imprimerie Berger-Levrault et C^{ie}, 1897.

— Nécessité d'une nouvelle organisation du service médical dans les asiles d'aliénés, de son insuffisance actuelle ; par le D^r Le Filliatre. 14 p. in-8°. Extrait de la *Tribune médicale*, 1897.

— Traitement du mal perforant plantaire par l'élongation

des nerfs et le hersage; par le D^r Louis Monod. 76 pages in-8°. Paris, Henri Jouvé, 1897.

— L'espressione mimica del dolore in alcuni quadri dell' Accademia Carrara di Bergamo (L'expression mimique de la douleur dans quelques tableaux de l'Académie de Carrare à Bergame); par G. Antonini. 13 pages in-4° avec gravures. Bergame, juin 1897.

— Eloge de L.-F. Calmeil, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique, du 3 mai 1897; par le D^r Ant. Ritti, secrétaire général de la Société. 60 pages in-8°, avec portrait. Paris, Masson et C^{ie}, édit., 1897.

— A propos de la revision de la classification officielle; par le D^r Francotte, professeur de psychiatrie à l'Université de Liège. 11 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1897.

— Jules Simon philosophe; par M. Ferraz, correspondant de l'Institut. 22 pages in-8°, s. l. n. d.

— Deux exemples de la forme affective du délire généralisé. Werwirthheit (Confusion mentale); par le D^r Francotte. 23 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1897.

— Discours prononcé à la séance solennelle d'ouverture (lundi 2 août 1897) du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Toulouse; par le D^r Ant. Ritti, président du Congrès. 20 pages in-8°. Toulouse, Librairie Edouard Privat, 1897.

— Internement des aliénés (thérapeutique et législation); par le D^r Paul Garnier. 1 vol. in-12 de 247 pages. Paris, Rueff et C^{ie}, 1898.

— Forme mélancolique de la fièvre typhoïde. Emploi de la réaction agglutinante de Widal comme moyen de diagnostic; par le D^r Th. Taty. 8 pages in-8°. Extrait des *Mémoires et Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*. Octobre 1897.

— L'assistance et le classement des aliénés en Belgique; par le D^r J. Al. Peeters. 10 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1897.

— Die Darstellung krankhafter Geisteszustände in Shakespeares Dramen (La description des états d'esprit morbides dans les drames de Shakespeare); par le D^r Hans Laehr. 200 pages in-8°. Stuttgart, Paul Neff, 1898.

— La médecine mentale au Congrès de Moscou; par le D^r J. Christian, 13 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, novembre-décembre 1897.

— Du sens musculaire à propos de quelques cas d'hémiataxie posthémiplegique; par le D^r Edouard Claparède. 149 pages in-8°. Genève. Ch. Eggimann et C^{ie}, 1897.

— Stati epilettici e frenosi epilettiche (Etats épileptiques et folie épileptique); par le prof. Paolo Funaioli, de l'Université de Sicune. Trois leçons cliniques recueillies par D. Nardi-Batassi, étudiant en médecine. 51 pages in-8°. Extrait de la *Clinica moderna*. Florence, 1897.

— Sur l'histologie pathologique de la polynévrite dans ses rapports avec les lésions de la cellule nerveuse; par Serge Soukhanoff, de Moscou. 8 pages in-8°. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*. Paris, Masson et C^{ie}, s. d.

— Etude des cornets acoustiques par la photographie des flammes de Kœnig; par le D^r Maraze. 25 pages in-8° avec trois planches. Paris, Masson et C^{ie}, 1897.

— L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale; par le D^r Bernheim, de Nancy. 103 pages in-8°. Paris, O. Doin, 1897.

— Contribution à l'étude de la marche et de la dégénérescence des voies pyramidales chez les cobayes; par le D^r Serge Soukhanoff, de Moscou. 4 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie et d'hypnologie*. Bruxelles, s. d.

— L'intervention chirurgicale dans les épilepsies; par le D^r C. Winckler, d'Amsterdam. 83 pages in-8°. Paris, O. Doin, 1897.

— Asile d'aliénés de Saint-Ylie. Rapport médical, compte moral et administratif pour l'année 1895; par le D^r Samuel Garnier. 70 pages in-8°. Lons-le-Saunier, 1896.

— The retirement of D^r Carlos F. Macdonald from the state Commission in Lunacy (Retraite du D^r Carlos F. Macdonald comme membre de la commission d'Etat pour les aliénés). 8 pages in-8°. Extrait de l'*Eighth Report of the state Commission in Lunacy*. Albany, N. Y., 1897.

— The prognosis and duration of attacks of mental diseases (Pronostic et durée des accès de folie); par le D^r Henry R. Stedman. 12 pages in-8°. Extrait du *Boston medical and surgical journal*. N° du 10 juin 1897.

— Asile d'aliénés de Saint-Ylie. Compte moral et administratif et Rapport médical pour l'année 1896; par le D^r Samuel Garnier. 70 pages in-8°. Lons-le-Saunier, 1897.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau pour 1898

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 27 décembre 1897, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1897.

Ont été élus :

Président : M. MEURIOT.

Vice-président : M. JULES VOISIN.

Secrétaire général : M. RITTI ;

Secrétaires annuels : MM. SEMELAIGNE et SOLLIER ;

Trésorier : M. BRUNET.

LISTE DES MEMBRES

MEMBRES HONORAIRES

DAGONET (H.), médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, 1, rue Cabanis. — 22 février 1858.

DURAND (DE GROS), au domaine d'Arsac, par Rodez (Aveyron). — 25 novembre 1867.

JANET (Paul), professeur à la Sorbonne, membre de l'Académie des sciences morales et politiques. — 25 janvier 1858.

LEGRAND (Maximin), médecin, 39, rue de Grenelle. — 27 mars 1865.

MESNET (E.), médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, 5, rue Royale. — 30 janvier 1860.

MITIVIE (Albert), médecin, 7, cité Vaneau. — 22 avril 1863.

ROUSSELIN, ancien inspecteur général des asiles d'aliénés, 8, rue de la Rochelle, Elbeuf (Seine-Inférieure). — 27 février 1865.

MEMBRES TITULAIRES

ARNAUD (L.-F.), médecin-directeur adjoint de la maison de santé, 2, rue Falret, Vanves (Seine). — 27 mai 1889.

- BALLET (Gilbert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 39, rue du Général-Foy. — 28 mai 1883.
- BLIN, médecin à l'asile de Vancluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 mai 1889.
- BOISSIER (François), médecin, 20, rue du Vieux-Colombier. — 29 octobre 1894.
- BOUCHEREAU, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 27 novembre 1871.
- BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, 14, rue des Carmes. — 26 janvier 1880.
- BRIAND (Mareel), médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — 25 juillet 1881.
- BRUNET (Daniel), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 20, rue des Écoles. — 30 janvier 1860.
- CHARPENTIER, médecin de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. — 30 mai 1881.
- CHASLIN (Ph.), médecin-adjoint de la Salpêtrière, 64, rue de Rennes. — 23 mai 1887.
- CHRISTIAN (Jules), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 juin 1865.
- DENY, médecin de Bicêtre, 18, rue de la Pépinière. — 27 décembre 1897.
- DUBUISSON (Paul), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 18 mai 1885.
- DUPAIN, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne). — 25 juin 1888.
- FALRET (Jules), médecin honoraire de la Salpêtrière, 114, rue du Bac. — 27 mars 1854.
- FEBVRE, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 février 1889.
- FÉRÉ (Ch.), médecin de Bicêtre, 37, boulevard Saint-Michel. — 25 juin 1883.
- GARNIER (Paul), médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 16, boulevard Montmartre. — 25 juillet 1881.
- GOUJON, sénateur, 15, place Daumesnil. — 2 février 1877.
- HUET, médecin, 21, rue Jacob. — 24 novembre 1890.
- JANET (Pierre), médecin, professeur au collège Rollin, 22, rue de Bellechasse. — 28 janvier 1895.
- JOFFROY, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 186, rue de Rivoli. — 25 mai 1891.
- KLIFFEL, médecin des hôpitaux, 20, rue de Grenelle. — 27 novembre 1893.
- LEGRAIN, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 30 juillet 1883.

- MAGNAN (V.), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Cabanis. — 27 novembre 1871.
- MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 mars 1888.
- MEURIOT, médecin-directeur de la maison de santé, 17, rue Berton, Paris-Passy. — 2 février 1877.
- MOREAU (DE TOURS), médecin-directeur de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine. — 26 mars 1877.
- MOTET (A.), médecin-directeur de la maison de santé, membre de l'Académie de médecine, 161, rue de Charonne. — 24 février 1862.
- PACTET, médecin à l'asile de Villejuif (Seine). — 29 février 1892.
- POTTIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 10, rue Picpus. — 27 février 1888.
- RAFFEGEAU, médecin de l'établissement hydrothérapique, 9, avenue des Pages, le Vésinet (Seine-et-Oise). — 24 novembre 1884.
- RAYMOND (F.), professeur à la Faculté de médecine, 156, boulevard Hausmann. — 30 novembre 1896.
- RITTI (Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton-Saint-Maurice (Seine). — 27 mars 1876.
- ROUBINOVITCH (G.), médecin, 113, rue du Faubourg-Poissonnière. — 27 juin 1892.
- ROUSSEL (Théophile), sénateur, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences morales et politiques, 71, rue du Faubourg-Saint-Honoré. — 25 novembre 1889.
- SAURY (H.), médecin, 15, rue de Londres. — 22 février 1886.
- SÉGLAS (J.), médecin de l'hospice de Bicêtre, 96, rue de Rennes. — 28 juillet 1884.
- SEMELAIGNE, médecin-directeur de la maison de santé, château de Saint-James, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 10 novembre 1862.
- SEMELAIGNE (Rcné), médecin, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 29 décembre 1890.
- SÉRIEUX (Paul), médecin à l'asile de Ville-Evrard, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 janvier 1892.
- SOLLIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 145, route de Versailles, Boulogne-sur-Seine (Seine). — 25 mai 1891.
- TAGUET, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 15 novembre 1875.
- TAULE, directeur de l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 31 janvier 1887.
- TOULOUSE, médecin à l'asile de Villejuif (Seine). — 27 juin 1892.

- VALLON (Ch.), médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — 12 mars 1883.
 VOISIN (Auguste), médecin de la Salpêtrière, 16, rue Séguier. — 31 mars 1862.
 VOISIN (Jules), médecin de la Salpêtrière, 58, rue du Faubourg-Poissonnière. — 10 novembre 1879.

MEMBRES CORRESPONDANTS

- ARMAINGAUD, médecin, Bordeaux (Gironde). — 29 novembre 1880.
 AUBRY (Paul), médecin, 33, rue du Port, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — 31 janvier 1887.
 AZAM, professeur à la Faculté de médecine, 14, rue Vital-Carles, Bordeaux (Gironde). — 26 décembre 1857.
 BÉCOULET, médecin honoraire des asiles d'aliénés. — 27 février 1882.
 BEUGNIES-CORBEAU, médecin, Givet (Ardennes). — 23 mai 1891.
 BIAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Nantes (Loire-Inférieure). — 28 juin 1880.
 BLAISE, médecin, 69, boulevard Magenta, — 28 janvier 1889.
 BOETEAU, médecin, 18, rue de Chanzy, Le Mans (Sarthe). — 27 juin 1892.
 BONNET (Henry), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 9, rue de la Victoire, Saint-Malo (Ille-et-Vilaine). — 30 avril 1860.
 BONNET, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Robert (Isère). — 25 janvier 1892.
 BOUBILA, médecin en chef à l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 avril 1892.
 BOUCHAUD, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lommelet, près Lille (Nord). — 12 mars 1894.
 BOURDIN (V.), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Leyme (Lot). — 28 juin 1897.
 CAMPAGNE, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 26 mars 1866.
 CARRIER (Albert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 138, route de Vienne, Lyon (Rhône). — 28 janvier 1884.
 CHAMBARD (E.), médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise). — 28 juillet 1884.
 COLIN (H.), médecin de l'asile de Gaillon (Eure). — 29 février 1892.
 CULLERRE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Vendée). — 30 juin 1879.
 DANNER, directeur de l'École de médecine de Tours (Indre-et-Loire). — 26 octobre 1868.

- DARIN (Henry), ancien interne des asiles de la Seine. — 1^{er} juin 1896.
- DARNIS, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montauban. — 27 mars 1871.
- DELAPORTE, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 23 février 1891.
- DÉRIQ (Lucien), médecin-directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 26 novembre 1888.
- DESMAISONS, ancien médecin-directeur de la Maison de santé de Castel-d'Andorte, le Bouscat, près Bordeaux (Gironde). — 12 décembre 1859.
- DOUTREBENTE (Gabriel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — 37 mars 1874.
- DUBUISSON (Maxime), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Braqueville, près Toulouse (Haute-Garonne). — 24 novembre 1890.
- DUFOUR, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Robert (Isère). — 27 novembre 1871.
- DUMAS, agrégé de philosophie, 14, rue de l'Abbé-de-l'Épée, Paris. — 28 juillet 1890.
- DUMAZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie). — 23 février 1891.
- FABRE DE PARREL, médecin, Dieppe (Seine-Inférieure). — 28 juin 1880.
- FUSIER, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Chambéry (Savoie). — 26 janvier 1857.
- GALLOPAIN (Clovis), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse). — 28 janvier 1878.
- GARNIER (Samuel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or). — 28 janvier 1889.
- GIRAUD (Albert), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Yon, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 22 mai 1882.
- GODFERNAUX, docteur ès lettres, professeur de l'Université. — 24 février 1896.
- GODDICHZE, médecin, 35, rue de la Bienfaisance, Paris. — 26 février 1894.
- GREFFIER, médecin, Grenoble (Isère). — 11 décembre 1882.
- GUIBERT, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — 28 juin 1897.
- HANNION, médecin, 40, rue Libergier, Reims (Marne). — 29 octobre 1894.
- HOSPITAL, médecin en chef de l'asile Sainte-Marie, 54, rue Sainte-Claire, Olermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — 27 mai 1872.
- KÉRAVAL, médecin-directeur de l'asile d'Armentières (Nord). — 29 novembre 1897.

- LARITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 mai 1885.
- LACHAUX, médecin, 57, rue Saint-Ferréol, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 31 décembre 1894.
- LACOUR, médecin des hôpitaux, Lyon (Rhône). — 28 octobre 1878.
- LAGRANGE, médecin-directeur de l'asile de Poitiers (Vienne). — 30 juillet 1888.
- LAILLER, pharmacien en chef honoraire des asiles d'aliénés, 23 bis, rue de Sotteville, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 février 1876.
- LAPOINTE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Auxerre (Yonne). — 25 juillet 1881.
- LARROQUE (Benjamin), médecin, 1131, Calle Cuyo, Buenos-Ayres (République Argentine). — 26 juillet 1886.
- LARROUSSINIE, médecin de la maison de santé, Caudéran, près Bordeaux (Gironde). — 24 juillet 1893.
- LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés, médecin-chef de l'Hôtel-Dieu, rue Jeanne-d'Are, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 juillet 1862.
- LE FILLIATRE, médecin, 37, Grande-Rue, Villejuif (Seine). — 30 décembre 1895.
- LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). — 27 février 1888.
- LIONET (Ch.), médecin, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 novembre 1889.
- LWOFF, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne). — 20 janvier 1893.
- MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près la Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 juin 1879.
- MACARIO, médecin-directeur de l'établissement hydrothérapique, Nice (Alpes-Maritimes). — 14 mai 1855.
- MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 février 1885.
- MARET, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 30 novembre 1874.
- MARIE, médecin de la colonie d'aliénés, Dun-sur-Auron (Cher). — 25 janvier 1893.
- MASBRENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 mai 1874.
- MAUPATÉ, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord). — 28 mai 1894.
- MEILHON, médecin-directeur de l'asile de Quimper (Finistère). — 27 juillet 1891.
- MORDRET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, le Mans (Sarthe). — 26 mars 1877.
- NICOULAU, médecin-directeur de l'asile d'Auch (Gers). — 29 février 1892.
- NIEPCE, médecin, Allevard (Isère). — 25 janvier 1858.

- PAILHAS, médecin-adjoint de l'asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn). — 25 janvier 1897.
- PARANT (Victor), médecin-directeur de la maison de santé, 17, allées de la Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 décembre 1875.
- PÉON, médecin honoraire des asiles d'aliénés. — 11 novembre 1872.
- PETIT (Gilbert), médecin-directeur de l'asile d'Alençon (Orne). — 26 novembre 1888.
- PICARD, médecin, la Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 avril 1878.
- PIERRET, professeur de la clinique des maladies mentales, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Bron (Rhône). — 12 mars 1883.
- PITRES, doyen de la Faculté de médecine, 119, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux. — 30 novembre 1896.
- QUINEMANT, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Niort (Deux-Sèvres). — 26 décembre 1887.
- RAMADIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Rodez (Aveyron). — 24 décembre 1888.
- RÉGIS (Emmanuel), chargé de cours de pathologie mentale à la Faculté de médecine, 54, rue Huguerie, Bordeaux (Gironde). — 27 juin 1881.
- REY (Ph.), médecin-directeur de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 25 février 1884.
- REYNAUD, ancien médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 28 mars 1881.
- RIST (Adrien), médecin-directeur de la maison de santé, la Obataigneraie, 11, rue des Deux-Moulins, Versailles (Seine-et-Oise). — 25 juillet 1881.
- ROUBY, médecin de la Maison de santé des Capucins, Dôle (Jura). — 26 décembre 1892.
- ROUGÉ (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.
- SAINT-LAGER, médecin, Lyon (Rhône). — 30 mars 1868.
- SIMON (Max), médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 7, place Saint-Jean, Lyon (Rhône). — 27 novembre 1882.
- SISTERAY, ancien médecin en chef des asiles d'aliénés, 57, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine). — 25 juin 1877.
- SIZARET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, Clermont (Oise). — 15 novembre 1875.
- TEILLEUX, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, le Mans (Sarthe). — 31 décembre 1855.
- THIBAUD, médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère). — 28 juin 1897.
- THIVET, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 31 mars 1890.

TISSIE (Ph.), médecin, 95, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 25 novembre 1895.

TOY, médecin-adjoint de l'asile de Larocheqandon (Mayenne). — 25 janvier 1897.

TRENEL, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure). — 29 juillet 1895.

VIGOUROUX, médecin-adjoint de la colonie d'aliénés, Dun-sur-Auron (Cher). — 27 mars 1893.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

ALLEMAGNE.

BROSIUS, médecin-directeur de la maison de santé, Bendorf, près Coblencc. — 28 octobre 1878.

LAHR (Hans), médecin-directeur de la maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 novembre 1889.

NÄCKE (L.), médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig (Saxe). — 27 novembre 1893.

NEISSER (Clemens), médecin de l'asile de Leubus. — 28 mars 1892.

PIERSON (R.-H.), médecin de la maison de santé de Lindenhof-Coswig, près Dresde. — 27 mai 1895.

SCHÜLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (Grand-Duché de Bade). — 28 mai 1888.

TUCZEK (F.), professeur de psychiâtrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 27 novembre 1893.

ZIEHEN (Th.), professeur à l'Université d'Iéna (Saxe-Weimar). — 22 février 1897.

ANGLETERRE.

BATEMAN, médecin, Norwich. — 25 janvier 1875.

BROWNE (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitor » New Law Courts, Strand, W. C. — 31 octobre 1881.

CLOUSTON, médecin superintendant de l'asile royal de Morning-side, Edimbourg. — 31 octobre 1881.

CONOLLY-NORMAN, médecin de l'asile de Richmond, Grangegorman, Dublin (Irlande). — 26 novembre 1894.

FLETCHER BEACH, Winchester House, Kingston Hill, Surrey (Angleterre). — 26 novembre 1894.

GASQUET (J.-R.), médecin, Saint-George's Retreat, Burgess Hill. — 31 octobre 1881.

GRANVILLE (Mortimer), médecin, Londres. — 26 janvier 1880.

MACKINTOSH (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize Park, N. W. — 25 novembre 1867.

- MAUDSLEY (Henry), ancien professeur de médecine légale à l'University College, Londres. — 26 *décembre* 1864.
- NICOLSON (David), medical-superintendent de l'asile d'Etat de Broadmoor, Wokingham, Berks. — 31 *octobre* 1881.
- PERCY SMITH, superintendant de l'Hôpital de Bethlem, Londres. — 24 *juin* 1895.
- ORANGE (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broadmoor, 12, Lexham Gardens, Londres. — 31 *octobre* 1881.
- RAYNER (Henry), médecin, 2, Harley Street, Londres. — 31 *octobre* 1881.
- ROBERTSON (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visitor, Gunsgreen, the Drive, Wimbledon. — 24 *décembre* 1864.
- RUTHERFORD (James), médecin en chef de « Crichton Royal Institution », Dumfries. — 31 *octobre* 1881.
- SAVAGE (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish Square, W. — 31 *octobre* 1881.
- SHAW (Thomas C.), médecin en chef du « London County Asylum », Banstead, Surrey. — 31 *octobre* 1881.
- SIEBALD (John), « Commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse, 3, Saint-Margared's Road, Edimbourg. —
- URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum, Perth (Ecosse). — 26 *décembre* 1892.

AUTRICHE-HONGRIE.

- KRAFFT-ÉBING (DE), professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Vienne. — 25 *mars* 1867.
- LAUFENAUER (CH.), professeur des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Budapest (Hongrie). — 11 *novembre* 1889.
- OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la maison de santé d'Ober-Döbling, près Vienne. — 26 *novembre* 1883.
- PICK (Arnold), professeur de psychiâtrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 *novembre* 1884.
- SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapesth (Hongrie). — 25 *novembre* 1889.

BELGIQUE.

- CUTLITS, médecin en chef de l'asile d'Evêre, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 *juin* 1884.
- DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue de Vanneau, Anvers. — 26 *octobre* 1885.
- FRANCOTTE, professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège. — 31 *décembre* 1894.

- LEFEBVRE, professeur à l'Université de Louvain. — 30 novembre 1874.
- LENTZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 novembre 1874.
- MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénés de Louvain. — 20 décembre 1875.
- MOREL (Jules), médecin en chef de l'asile des aliénés, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume, Mons. — 30 novembre 1874.
- PEETERS, médecin-directeur de la colonie de Gheel. — 29 octobre 1883.
- VAN DEN ABEELE, médecin en chef de l'hospice Saint-Julien, Bruges. — 17 février 1868.
- VERMEULEN, médecin en chef des asiles d'aliénés et du Strope, à Gand, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du royaume. — 17 février 1868.

BRÉSIL.

- COUTINHO, médecin de l'asile d'aliénés de Pernambuco. — 24 juin 1889.
- SOUZA-LRTE, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Balma. — 11 novembre 1889.
- TEIXEIRA-BRANDAO, médecin, Rio-de-Janeiro. — 26 novembre 1883.

CANADA.

- BOURQUE (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 novembre 1889.
- VALLÉE (Arthur), médecin de l'asile d'aliénés de Québec. — 11 novembre 1889.

CHILI.

- BECA (Manuel), médecin de la Casa de Crates, Santiago. — 29 mars 1897.

ÉGYPTE.

- HADJÈS, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés, le Caire. — 11 novembre 1889.

ESPAGNE.

- GINE Y PARTAGAS, médecin, Barcelone. — 29 juillet 1878.
- PII Y MOLIST, médecin de l'asile d'aliénés, Barcelone. — 31 janvier 1859.
- SANJUAN, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Saragosse. — 26 juillet 1897.

ÉTATS-UNIS.

- CLARK BELL, avocat, président de la Société médico-légale, n° 57, Broadway, New-York. — 11 novembre 1889.
- COWLES (Edward), superintendant g. de l'Hôpital de Mac-Lane, Sommerville, Boston (Massachusetts). — 25 mars 1895.
- ECHVERRIA, médecin, New-York. — 29 novembre 1878.
- GRAY, médecin en chef de l'asile d'aliénés de New-York, Utica. — 24 novembre 1880.
- HALL (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton (Massachusetts). — 23 mai 1887.
- KIERNAN JAS. (G.), privat docent de psychiâtrie, 910, 103 State Street, Chicago. — 25 novembre 1895.
- MANN (EDWARD), directeur de la maison de santé, 801, Madison Avenue, New-York. — 31 décembre 1895.
- ROHÉ (George H.), superintendant de l'asile d'aliénés de Maryland, Catonsville. — 26 novembre 1894.

GRÈCE.

- CATSARAS (Michel), professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'asile de Dromocaïtis, Athènes. — 25 octobre 1886.

HOLLANDE.

- HUBRECHT, secrétaire général du ministère de l'intérieur, la Haye. — 27 octobre 1879.
- JONG (DE), médecin à la Haye. — 27 octobre 1879.
- SWEENS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vorburg, Vucht, près Bois-le-Duc. — 11 novembre 1889.
- VAN ANDEL, inspecteur des asiles d'aliénés de la Hollande. — 27 octobre 1879.
- VAN DER LITH, ancien médecin-directeur de l'asile d'Utrecht. — 27 octobre 1879.
- VAN DER SWALME, médecin, à Middelbourg. — 27 octobre 1879.
- VAN PERSIJN, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. — 27 octobre 1879.
- WELLENBERGH, médecin, à Amsterdam. — 29 novembre 1886.

ITALIE.

- AZZURRI (Francesco), architecte, 68, via Panisperna, Rome. — 25 avril 1864.
- BIFFI (Séraph.), médecin-directeur de l'établissement sanitaire de Saint-Celse, Milan. — 30 avril 1855.
- BINI, médecin, Florence. — 30 juillet 1877.

- CASCELLA (Francesco), médecin du manicomio d'Aversa. — 30 mars 1896.
- FRIGERIO, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie. — 26 novembre 1883.
- FOCHI (Camille), médecin du manicomio de Colorno. — 28 juillet 1884.
- FUNAIOLO, professeur de psychiâtrie à l'Université, directeur du manicomio de Sicone. — 29 avril 1878.
- GIACCHI, médecin-directeur du manicomio provincial de Cunco, à Raconigi. — 28 novembre 1878.
- LOMBROSO, professeur de médecine légale et de psychiâtrie à l'Université de Turin.
- MASSALONGO (Roberto), médecin à l'hôpital Major, Vérone. — 28 janvier 1889.
- MINGAZZINI (Giovanni), docent de clinique psychiâtrique à l'Université de Rome. — 30 décembre 1895.
- MORSELLI (E.), directeur de la Clinique psychiâtrique, professeur de neuropathologie et d'électrothérapie, 46, via Assaroti, Gênes.
- PERLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.
- RIVA, médecin-directeur de l'asile d'Ancone. — 27 mars 1882.
- SANNICOLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.
- SANTE DE SANCTIS, professeur agrégé à l'Université de Rome. — 29 mars 1897.
- SEPPILLI, médecin-directeur du manicomio de Brescia. — 27 mars 1882.
- STACCHINI, vice-directeur du manicomio de Florence. — 30 juillet 1877.
- TAMBURINI, directeur du manicomio de Reggio-Emilia, professeur de clinique psychiâtrique à l'Université de Modène. — 24 juin 1878.
- TONINO, médecin-directeur de la maison de santé Colombo, à Milan. — 26 mars 1866.
- VENTURI (Silvio), médecin du manicomio provincial de Catanzaro, à Girifalco. — 26 novembre 1888.
- VIRILIO, médecin-directeur du manicomio d'Aversa. — 28 novembre 1881.

LUXEMBOURG (GRAND-DUCHÉ DE).

- BUFFET, médecin en chef de l'asile d'Ettelbrück. — 27 janvier 1896.

PORTUGAL.

- BETTENCOURT-RODRIGUES, médecin, 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 juillet 1887.
- BOMBARDA (Miguel), professeur de l'école médico-chirurgicale, directeur de l'hôpital de Rilhafolles, Lisbonne. — 29 octobre 1894.

MATTOS (Jules DE), médecin à l'asile d'aliénés de Porto. — 24 février 1890.

SOUSA MAGALHANS E LEMOS (DE), médecin de l'asile d'aliénés de Porto. — 31 mars 1884.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

CABRED (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, Buenos-Ayres. — 25 février 1889.

PEREZ, médecin de la Maison de santé, Buenos-Ayres. — 30 juin 1884.

ROUMANIE.

SOUTZO, professeur de médecine mentale à l'Université de Bucarest. — 27 novembre 1887.

RUSSIE.

BAJENOFF (N.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Riazanne. — 30 juin 1884.

BERNSTEIN (A.), médecin de la Clinique psychiatrique de Moscou. — 30 novembre 1896.

BECHTEREW (W.), médecin des maladies mentales et nerveuses, Saint-Petersbourg. — 11 novembre 1889.

GORSKY (M^{me} DE). — 29 octobre 1888.

HERZOG, médecin, Saint-Petersbourg. — 13 avril 1863.

JACOBY (Paul), médecin, Moscou. — 26 décembre 1881.

KORSAKOFF, privat docent à l'Université de Moscou. — 11 novembre 1889.

KOWALEWSKI, professeur à l'Université de Kharkoff. — 31 mai 1886.

MIERZEJEWSKI, professeur de la clinique des maladies mentales à l'Académie médico-chirurgicale, Saint-Petersbourg. — 28 octobre 1878.

POPOFF, professeur à l'Université de Varsovie. — 29 octobre 1888.

ROTHE, médecin, Varsovie. — 30 avril 1877.

SOUKHANOFF, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou. — 27 juillet 1896.

SKWORTZOFF (M^{lle} Nadine). — 25 juillet 1881.

TOKARSKY, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou. — 11 novembre 1889.

SERBIE.

VASSITCH (Milan-Vlad.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Belgrade. — 10 décembre 1883.

SUÈDE ET NORVÈGE.

BECHHOLM, médecin-adjoint de l'asile de Bergen. — 28 décembre 1896.

BERLINY, médecin, à Malmö.

BJOLSTROM, professeur de psychiâtric de l'Université de Stockholm. — 27 octobre 1884.

LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiania. — 29 décembre 1874.

PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près de Christiansand. — 29 décembre 1884.

SALOMON, médecin de l'asile d'aliénés, Malmö. — 23 avril 1863.

SUISSE.

CHATELAIN, ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 juillet 1890.

DUNANT, ancien professeur d'hygiène à l'Université de Genève. — 14 mars 1863.

LADAME (Paul), privat docent à l'Université, 24, rue de la Corrairie, Genève. — 28 juillet 1884.

MARTIN (Joannès), médecin-directeur de l'asile d'aliénés, Genève. — 26 février 1895.

PACHOD, médecin de l'asile de Bois-de-Céry, près Lausanne. — 28 mars 1892.

TURQUIE.

CASTRO (DE), médecin de l'asile d'aliénés, Constantinople. — 29 janvier 1893.

Récapitulation.

Membres honoraires	7
— titulaires.	48
— correspondants	91
— associés étrangers. . .	126
Total.	272

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 29 décembre 1897 : Sur la proposition du Ministre de l'Intérieur, sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le D^r GOUJON (Etienne), maire du XII^e arrondissement de la ville de Paris. Maire du XII^e arrondissement de Paris depuis le 27 février 1879. Ancien médecin d'ambulance. Médecin-adjoint de la préfecture et des prisons de la Seine. Membre du conseil supérieur de l'assistance et de l'hygiène publiques. Président du conseil de surveillance de l'asile du Vésinet. Lauréat de l'Académie de médecine et de la Faculté des sciences. Officier de la Légion d'honneur du 29 octobre 1882.

Au grade d'officier : M. le D^r RAYMOND (Fulgence), professeur à la Faculté de médecine, médecin à la Salpêtrière, à Paris. Chevalier du 6 janvier 1890 ;

M. le D^r REBATEL (Fleuri), membre du conseil général du Rhône. Chevalier d'octobre 1888.

Au grade de chevalier : M^{lle} BOTTARD (Marguerite), surveillante à la clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière. Cinquante-six ans de services.

— *Décret du 31 décembre 1897* : Sur la proposition du grand chancelier de la Légion d'honneur et sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes, est nommé chevalier de la Légion d'honneur M. GUILBERT (Louis-Amédée), docteur en médecine, ancien directeur de l'asile des aliénés de Bordeaux.

— *Arrêté du 11 octobre 1897* : M. le D^r SIZARET, médecin-adjoint de l'asile de Larocheqandon (Mayenne), est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Ylie (Jura), en remplacement de M. le D^r ROUSSET, maintenu sur sa demande médecin-adjoint de l'asile de Bron (Rhône).

— *Arrêté du 25 octobre 1897* : M. le D^r GUYOT, directeur-médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.).

— *Arrêté du 3 novembre 1897* : M. le D^r TOY, précédemment nommé médecin-adjoint de l'asile de Bron, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Larocheqandon (Mayenne).

— *Arrêté du 4 novembre 1897* : M. le D^r ALLAMAN, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du 10 novembre 1897* : M. le D^r MONESTIER, médecin-adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3,000 fr.).

— Par suite de la mise à la retraite de M. le D^r J. FALRET, médecin de la Salpêtrière, les mutations suivantes auront lieu à partir du 1^{er} janvier 1897 dans le personnel des médecins aliénistes des hospices de Paris.

M. le D^r CHARPENTIER passe de l'hospice de Bicêtre à la Salpêtrière ; M. le D^r SÉGLAS, médecin-adjoint à la Salpêtrière, devient chef de service à Bicêtre, et M. le D^r CHASLIN, médecin-adjoint à Bicêtre, passe en la même qualité à la Salpêtrière.

VISITE DU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE A L'HOSPICE DE BICÊTRE.

Le Président de la République a fait, mercredi 17 novembre 1897, dans l'après-midi, une visite à l'Hospice de Bicêtre. M. Barthou, ministre de l'Intérieur, accompagnait M. Félix

Faure. Le président du conseil municipal ; M. le D^r Dubois, président du conseil général ; MM. Cornet, Lucipia, Navarre, conseillers municipaux ; M. Bruman, secrétaire général de la préfecture de la Seine ; M. Peyron, directeur de l'Assistance publique ; MM. F. Voisin et Cléry, membres du conseil de surveillance ; MM. Gory, inspecteur, et Nielly, chef de division ; le corps médical de l'établissement, MM. Bourneville, Charpentier, Deny, Féré, P. Marie et Ricard, accompagnés de leurs internes ; M. Barthaud, pharmacien et ses internes ; M. le D^r Bouvet, dentiste, et le personnel administratif de la maison, M. Pinon, M. Lequeux, etc., ont reçu le Président de la République sous la porte monumentale qui se dresse à l'extrémité de l'avenue de Bieître et lui ont souhaité la bienvenue. Le directeur, M. Pinon, donne à M. Félix Faure des renseignements sur l'établissement, qui comprend un hospice et un asile d'aliénés.

La visite commence par l'hospice dont le médecin, le D^r P. Marie, et le chirurgien, le D^r Ricard, font visiter les salles des incurables et de l'infirmerie générale. A la sortie de l'infirmerie, les ouvrières de la buanderie offrent un bouquet au Président. Les vieillards forment la haie dans les jardins et dans les couloirs. Avant de quitter l'hospice, le Président de la République se rend aux cuisines, où il se fait donner le menu et où il goûte le bouillon qui chauffe dans d'énormes cuves en cuivre.

« Le cortège nombreux, dit le *Temps*, traverse la division des aliénés, en particulier le service du D^r Deny. On aperçoit les misérables derrière les barreaux, auxquels ils s'accrochent en grappes pour assister au spectacle que nous leur donnons. Quelques-uns nous font de profonds saluts ; d'autres élament, d'une voix qui vous fait frissonner, des souhaits. On hâte le pas pour sortir de cet enfer dans lequel est enfermé l'individu qui tira à blanc, un 14 juillet, sur M. Félix Faure allant à la revue de Longchamps.

« C'est au service des enfants, que dirige le D^r Bourneville, que le Président de la République s'est le plus longtemps arrêté. Plus de 500 enfants y sont élevés. Cette population est composée d'épileptiques, d'idiots, de paralytiques et d'hystériques. On a fait venir les fillettes de la Fondation Vallée, annexe de Bieître. Dans le gymnase, où est une estrade décorée de plantes et de drapeaux servant de cadre à un buste de la République, les enfants sont rangés. Une fanfare éclatante joue la *Marseillaise*, puis accompagne les mouvements d'assouplissement des élèves. Ils sont exécutés avec un ensemble parfait. Des danses gracieuses ont lieu ensuite aux sons du violon et d'une guitare dont jouent des aveugles. » Une des

enfants lit un compliment; une fillette et une surveillante offrent des bouquets.

De là, on passe aux ateliers: menuiserie, serrurerie, typographie, broserie, vannerie, rempaillage, cordonnerie, couture. M. Félix Faure demande des explications détaillées sur le fonctionnement de ces ateliers et enfin s'informe de ce que deviennent les enfants parvenus à l'âge adulte.

M. Bourneville lui donne tous les renseignements, et au sujet de la dernière question, il dit que les enfants devenus adultes (18 ans), s'ils sont encore malades, passent dans les autres sections d'aliénés; s'ils sont guéris ou suffisamment améliorés, ils sont rendus à leur famille. Ces derniers auraient besoin d'aide, de secours, de surveillance. « Il rappelle, dit le *Temps*, que, depuis vingt ans, il a fait d'inutiles efforts pour faire constituer *définitivement* une *Société de patronage* qui se donnerait la haute mission de surveiller et d'aider, non seulement les enfants devenus adultes, ayant quitté sa section, avec la possibilité de gagner leur vie par le travail, mais aussi, *tous les aliénés* qui sortent guéris ou améliorés de *tous les asiles* de la Seine. Le Président est frappé de ses doléances. Il promet de coopérer à cette œuvre et de la faire réussir; il s'inscrit pour 1,000 francs. »

Le Président traverse ensuite les réfectoires, les classes de la petite et de la grande école, la salle des bains et des douches, le musée scolaire, le musée anatomo-pathologique. Revenant au musée scolaire, il assiste aux chants de l'orphéon, composé des garçons de Bicêtre et des filles de la Fondation Vallée, et qui se terminent par la *Marseillaise*. A la sortie du musée, il voit un pavillon de dortoirs et les *jardins* avoisinants, organisés en vue de l'enseignement par les *leçons de choses*.

On revient à la salle de gymnastique. Médecins, surveillants, surveillantes, infirmières et infirmiers forment cercle. M. Félix Faure leur adresse des encouragements et des félicitations :

« Vous avez ici des vieillards infirmes, des déchets de la vie, qui ne peuvent plus se défendre, qui n'ont plus d'autre espérance que de s'éteindre en paix. Je les ai interrogés et ils m'ont dit leur reconnaissance pour vos soins et votre dévouement. Vous avez des aliénés qui, eux, ne comprennent pas ce que vous faites pour eux. Vous n'avez donc pas à attendre d'eux la moindre gratitude et vous ne devez trouver que dans votre conscience le prix de vos devoirs. Enfin, vous élevez des enfants idiots; vous tentez de leur ouvrir leur intelligence rebelle et parfois vous y réussissez. Votre noble tâche vous mérite les remerciements du chef de l'Etat, qui est heureux de vous les donner, au nom de la patrie que vous servez de la façon la plus utile et la plus haute. Merci, Messieurs. »

Ce petit discours a été salué par des applaudissements chaleureux. Avant de monter en voiture, M. Félix Faure a recommandé au Directeur de l'Assistance publique de se montrer prodigue envers l'hospice de Bicêtre. Il avait, au préalable, remis encore une somme de 1,000 francs pour l'hospice.

(*Le Progrès médical*, numéro du 20 novembre 1897.)

CÉRÉMONIE DE LA REMISE DE MÉDAILLES D'ARGENT A DEUX RELIGIEUSES DE LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON.

Le samedi 27 novembre 1897, une touchante cérémonie, véritable fête de famille, avait lieu dans les salons d'administration de la Maison nationale de Charenton. On procédait à la remise des médailles d'honneur de l'Assistance publique, décernées par M. le ministre de l'Intérieur à M^{mes} Bastide et Herbet, en religion sœurs Providence et Saint-Joseph.

Autour de M. le sénateur Ch. Mazeau, Premier Président de la Cour de cassation et président de la commission consultative de la Maison nationale, se trouvait réuni tout le personnel médical et administratif de l'établissement, auquel étaient venus se joindre, outre les dames de tous les fonctionnaires, MM. Durand, conseiller à la Cour de cassation; Marcicéa, chef de bureau au ministère de l'Intérieur; Gaultier, maire, et Courtat, adjoint de la commune de Saint-Maurice.

M. Strauss, directeur de la Maison nationale, prenant le premier la parole, exprime les regrets de M. le ministre de l'Intérieur et de M. H. Monod, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publiques de ne pouvoir assister à cette cérémonie; puis il dit en termes excellents les services signalés rendus par la sœur Providence et la sœur Saint-Joseph, depuis plus d'un demi-siècle qu'elles se consacrent au soin des pauvres et des malades, avec un dévouement, une abnégation, auxquels tous ceux qui les ont vues à l'œuvre se plaisent à rendre la plus éclatante justice. La récompense que le gouvernement leur décerne aujourd'hui ne doit être considérée que comme un faible témoignage de la reconnaissance publique pour de pareilles existences, vaillantes, modestes, obscures, mais périlleuses aussi. Et M. le directeur rappelle avec beaucoup d'à-propos, que la communauté qui a charge de soigner les aliénés de la Maison nationale a aussi son martyrologe : il y a trois ans à peine l'une de leurs religieuses, la si regrettée sœur Sainte-Mélanie, mortellement blessée par une de ses malades, mourait quelques instant après, véritable victime du devoir professionnel (*V. Annales*, 1895, t. I, p. 151).

Après ce discours, M. le Premier Président se lève et, dans une courte et touchante allocution qui a profondément impressionné l'auditoire, s'adressant aux deux religieuses, héroïnes de

la fête, il rappelle la belle et noble mission à laquelle leur vie a été vouée, et cela certes non en vue d'une récompense. Mais le gouvernement de la République, dont le devoir est d'honorer le mérite partout où il se trouve, et même où il se cache, s'honore en reconnaissant les longs et dévoués services rendus par elles aux malades. Et M. le Premier Président termine en disant combien vive est sa satisfaction de remettre ces médailles aux sœurs Providence et Saint-Joseph, à qui il souhaite ardemment de continuer longtemps encore la tâche à laquelle elles se sont consacrées.

Les diplômes et les médailles sont ensuite remis aux deux religieuses, en même temps que de magnifiques bouquets. Tous les assistants s'empressent alors autour d'elles pour les féliciter. On approuve de tout cœur M. le maire de Saint-Maurice qui, s'avancant vers la mère Providence, lui présente les félicitations bien sincères de tous les pauvres de la commune et du canton, pour qui ce jour est réellement un jour de fête.

La mère Saint-Stanislas, supérieure de la communauté, enfin, remercie, en quelques paroles émuës, l'administration supérieure de sa haute bienveillance et adresse ses vœux des plus vifs et les plus sincères pour le bonheur de la France.

La cérémonie se terminait par un lunch très bien servi, où l'on pouvait constater avec satisfaction l'union et la concorde qui règnent entre tout le personnel de la Maison nationale.

Cette fête, dont tous les assistants conserveront le meilleur souvenir, est appelée à avoir du retentissement même en dehors de l'enceinte de la Maison nationale. Tous les membres du corps médical qui ont passé par l'internat de cet établissement — et ils sont légion — applaudiront à la distinction accordée aux deux vénérables religieuses dont ils ont pu apprécier les mérites et le dévouement ; s'associant à notre joie, ils féliciteront avec nous ces dignes femmes qui ont toujours, simplement et allègrement, fait leur devoir.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle le mardi 14 décembre 1897, sous la présidence de M. E. Cautou.

Parmi les nombreux prix décernés par l'Académie, nous relevons les suivants qui ont été accordés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse.

PRIX CIVRIEUX. — 1,000 francs (Annuel). — Question : *Valeur sémiologique des délires systématisés.* — L'Académie a reçu deux mémoires sur cette question.

Le prix est décerné à M. le Dr PÉCHARMAN, médecin-

adjoint à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise), auteur du mémoire inscrit sous le n° 1.

Une mention très honorable est accordée à M. le D^r VIGOUROUX (Aug.), à Dun-sur-Auron (Cher), et M. DUOASSE (M.), professeur de philosophie au lycée d'Evreux, auteurs du mémoire portant le n° 2.

PRIX DESPORTES. — 1,300 francs. (Annuel). — Une mention honorable avec une somme de 300 francs, est accordée à M. le D^r COMBY (J.), de Paris, auteur d'un mémoire sur le *Traitement de la chorée de Sydenham*.

PRIX THÉODORE HERPIN (DE GENÈVE). — 3,000 fr. (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Six mémoires ont été adressés pour ce concours. L'Académie décerne :

Un prix de 2,000 francs à M. le D^r VOISIN (J.), de Paris, pour son travail sur l'*Epilepsie*.

Des mentions honorables avec une somme de 500 francs à M. le D^r Auvray (Maurice), de Paris, pour son ouvrage sur *Les Tumeurs cérébrales*; M. le D^r CHIPAULT, de Paris, pour ses travaux de neurologie chirurgicale.

Des mentions honorables à MM. les D^{rs} CLOZIER, de Beauvais; de MASSARY (Ernest), de Paris, et MIRALLIÉ (Charles), de Nantes.

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 francs. (Bisannuel). — Une mention très honorable, avec une somme de 100 francs, est accordée à M. le D^r LAMY (Henri), de Paris, auteur d'un travail sur la *Syphilis des centres nerveux*.

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1898, 1899 et 1900. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse proposées pour les deux premières années (V. les numéros de janvier 1896, p. 167, et de janvier 1897, p. 162); voici celles proposées pour 1900 :

PRIX BAILLARGER. — 2,000 francs. (Bisannuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels change-

ments dans l'organisation de ces asiles, on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1,200 fr. (Bisannuel). — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, eu en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr. (Annuel). — Question : *Les délires dans la paralysie générale.*

PRIX FALRET. — 700 francs. (Bisannuel). — Question : *Les formes cliniques de la neurasthénie. Leur traitement.*

PRIX THÉODORE HERPIN (DE GENÈVE). — 3,000 francs. (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

NOTA. — Les concours du prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ce concours doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant le nom et l'adresse de l'auteur.

Les manuscrits imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (suite).

Au mois de mars 1897, les *Annales* rendaient compte d'une tentative d'assassinat dont a failli être victime notre collègue et ami, le D^r Charpentier, de Bicêtre. Un nouvel attentat, qui aurait pu avoir des suites funestes, vient d'être de nouveau commis sur sa personne. Voici, sur ce fait regrettable, le rapport adressé à l'Administration par M. Pinon, directeur de Bicêtre :

« Le D^r Charpentier a été, dans la matinée du 6 décembre 1897, l'objet d'une nouvelle tentative de meurtre de la part d'un de ses malades. Il traversait les cours de l'hospice à neuf heures, lorsqu'en passant sous la voûte du bâtiment de l'infirmerie, il a été assailli par un homme dissimulé derrière un pilier. L'agresseur lui a porté un violent coup de poing qui l'a fait tomber et sortant aussitôt de sa poche un poids en fonte de 1 kilogramme, il allait l'asséner sur la tête du docteur, à demi étourdi de sa chute. Un auxiliaire permanent, M. Péliissier, est accouru à cet instant même, a donné une forte bourrade à l'agresseur et lui a fait lâcher prise.

« Le D^r Charpentier s'est relevé avec plusieurs blessures de peu d'importance. Le sang qui en tombait ruisselait sur son plastron et sur sa redingote. Il venait d'échapper au plus grave

danger, grâce à l'opportune intervention et à la courageuse résolution d'un employé...

« C'est un malade de son service, le nommé H... (P.-F.), âgé de quarante-neuf ans, qui a commis cette tentative de meurtre. Entré à Bicêtre en 1892, il avait des antécédents caractéristiques. Après un premier internement à l'asile de Ville-Evrard, il avait été mis en liberté et son premier soin fut de tuer sa femme dans un accès de délire causé par la jalousie. Considéré comme irresponsable, il avait été envoyé à l'asile de Bicêtre et le D^r Charpentier rédigeait, au bout de quelques mois, ce certificat à fin de sortie :

« Admis comme atteint d'alcoolisme chronique ou de délire « de persécution, H... n'a présenté aucun signe d'aliénation « mentale. A sa sortie d'un asile d'aliénés, il a tué sa femme « par vengeance et jalousie. Toutes ses facultés intellectuelles « sont conservées. Il a un caractère violent et s'emporte facilement. Nous proposons de ne pas garder dans notre service « ce sujet qui n'est pas aliéné. »

« La Préfecture de Police ne donna pas suite à ce certificat. H... resta ainsi plusieurs années dans l'asile réclamant sa mise en liberté et du travail sans donner de signes d'égarement. Le docteur finit par lui signer un bon de travail et je l'occupai dans divers ateliers, en dernier lieu à l'épluchage. Il était devenu si calme et en apparence tellement inoffensif qu'il faisait en liberté des courses dans l'hospice. C'est grâce à cette licence qu'il avait pu, après avoir dérobé deux poids au service de l'épluchage, se porter sur le passage du D^r Charpentier.

« Il a été immédiatement enfermé à la Sûreté. Je viens de le questionner sur le mobile de son attentat. Il m'a paru dans un état de vive agitation. Il m'a déclaré qu'il nourrissait depuis quelque temps son projet contre le directeur ou le docteur, mais qu'il avait jeté son choix sur ce dernier, comme étant le plus responsable de sa longue séquestration. »

Cerapport, que nous empruntons au *Progrès médical* (numéro du 18 décembre 1897), provoque un certain nombre d'objections que nos lecteurs se chargeront bien de faire eux-mêmes, et que ce n'est pas le lieu de soulever. Nous nous contenterons d'adresser nos bien sincères et affectueuses félicitations à notre excellent collègue, M. Charpentier, d'avoir échappé aux conséquences de cette nouvelle agression violente et nous lui souhaitons bien cordialement que de pareilles épreuves lui soient dorénavant épargnées.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Il y a quelque trente ans, une campagne des plus violentes était menée contre la loi du 30 juin 1838 par la presse d'oppo-

sition au gouvernement de l'Empire; elle avait été provoquée surtout par les plaintes et les récriminations de certains aliénés persécuteurs raisonnants, tels que Sandon (1) et autres, que leur excitation et leur tendance aux actes violents avaient, à plusieurs reprises, conduits dans les asiles. On ne demandait pas moins que la démolition de ces Bastilles modernes (le mot date de cette époque); quant aux malades dont l'isolement s'imposait malgré tout, on réclamait leur comparution devant un jury, chargé de constater leur état mental et de décider s'il y avait lieu ou non à séquestration. Les circonstances et, surtout, la force des choses devaient avoir raison de ces extravagantes exagérations.

Pour répondre à ces attaques inconsidérées, Baillarger et Lunier, qui dirigeaient alors les *Annales*, eurent l'excellente idée de recueillir les « faits divers » publiés dans les journaux politiques, concernant les actes criminels ou délictueux commis par « les aliénés en liberté ». Comme on peut s'en assurer en feuilletant les volumes de ce recueil, la collection de ces faits est riche, très riche même; et cependant elle n'est pas complète.

Si, à l'exemple des économistes, on pouvait évaluer en argent les pertes occasionnées par ces malades livrés à eux-mêmes : existences humaines tranchées alors qu'elles étaient destinées à rendre encore des services à la société, coups et blessures occasionnant une interruption plus ou moins longue de travail et de nombreuses journées d'hôpital, incendies d'habitations et de récoltes, dégâts en tous genres, etc.; — s'il était possible de faire un pareil calcul, on arriverait à une somme qui doublerait le budget des aliénés.

L'œuvre commencée par nos éminents maîtres et prédécesseurs n'a rien perdu de son actualité. Elle semble, au contraire, s'imposer davantage aujourd'hui que, sous prétexte de « libertés nécessaires » à octroyer aux aliénés, on demande l'« extension de jour en jour plus généralisée de l'*Open-door* ». Certes, ce que ce pompeux programme contient de réalisable, beaucoup d'entre nous l'ont appliqué sans bruit et sans fracas bien avant la venue des néo-réformateurs, qui, eux, ne se sont pas crus tenus à une telle réserve. Leurs publications extra-médicales, leurs nombreuses confidences aux journaux politiques ont porté la question devant le grand public; et l'opinion, si facile à émouvoir, s'est naturellement jetée vers les idées extrêmes. Aussi ren-

(1) Voir l'observation détaillée du cas de Sandon dans l'ouvrage de Legrand du Saulle, *Les signes physiques des folies raisonnantes* (État mental de Sandon). Etude clinique. Paris, 1878, p. 29.

contre-t-on des gens, dans le moude, qui, d'un air entendu et forts des arguments trouvés dans leurs gazettes, vous soutiennent que la séquestration des aliénés a fait son temps et que la liberté illimitée, le traitement familial et autres nouveautés fournissent les meilleures et définitives solutions aux problèmes si délicats et si difficiles du traitement et de l'assistance de ce genre de malades.

A ces évidentes exagérations qui sont le produit, pour une bonne part, de l'ignorance et du parti pris, et pour une autre, de la sensiblerie et de l'imagination, il importe d'opposer la réaction du bon sens; il faut que la vérité reprenne ses droits. « Réunissons des faits pour nous donner des idées », avait coutume de dire le grand Buffon. Nous aussi, réunissons des faits, mais pour prouver la fausseté de certaines idées, pour démontrer que si la liberté des aliénés a du bon, elle présente aussi de graves dangers; qu'une formule générale, quelque séduisante, quelque logique qu'elle soit, n'a pas par elle-même la vertu magique de répondre à tous les cas; qu'enfin, la médecine mentale n'a pas cessé d'être une question d'espèce et qu'il n'y a pas plus de panacée de la folie que de remède universel pour tous les maux de l'humanité.

Nous croyons donc devoir continuer, plus que jamais, l'œuvre commencée, il y a plus de trente ans, par Baillarger et Lunier; les aliénés en liberté n'ont pas cessé d'être un danger pour la sécurité publique et la sûreté des personnes. Nous n'en voulons pour preuve que les onze faits suivants, récoltés dans les journaux dans un court espace de temps, sept semaines au plus. Sur ces faits on compte trois homicides, trois suicides ou tentatives de suicide, six tentatives d'homicide ou cas de coups et blessures, deux faits de menaces de mort. De pareilles statistiques ne sauraient être considérées comme une quantité négligeable dans le grand débat ouvert entre les partisans absolus de l'*Open-door* et ceux qui n'acceptent leurs idées que sous bénéfice d'inventaire.

A. R.

1. *Folie furieuse*. — On nous télégraphie de Guingamp qu'hier soir, à cinq heures onze, à l'arrivée du train n° 28, le nommé Henry, chargé de la conduite de ce train, a été atteint subitement d'aliénation mentale. Armé d'un couteau, il parcourait la voie en poussant des hurlements et en menaçant les personnes qui essayaient de l'approcher. Finalement, ce malheureux se précipita dans un compartiment de 1^{re} classe occupé par un voyageur qu'il voulut frapper. Celui-ci réussit à le maintenir jusqu'à l'arrivée des agents de la Compagnie qui s'en rendirent maîtres, non sans peine. (Le *Temps*, numéro du samedi, 6 novembre 1897.)

2. *Fou furieux*. — Un ouvrier entraît hier, vers deux heures

et demie, dans la loge du concierge du Sénat; presque aussitôt, des cris retentirent : « A l'assassin ! » On se précipita et on vit l'inconnu battre comme plâtre le concierge. « Ça t'apprendra, lui disait-il, à me trahir. » L'ouvrier fut amené chez M. Lagnillarde, commissaire de police du quartier. Là, il se mit à divaguer, racontant qu'il venait de tuer le Président de la République et l'archevêque. Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Temps*, numéro du dimanche 7 novembre 1897.)

3. *Un aliéné parricide.* — On lit dans le *Temps*, numéro du vendredi 10 novembre 1897) :

« Un parricide a été commis avant-hier à Hancourt, à six kilomètres de Saint-Quentin.

« Anatole Marecat, âgé de trente-huit ans, a frappé sa mère d'un coup de marteau à la tempe droite; puis il a pris la fuite, mais il a été arrêté hier à Marcy, commune voisine.

« On croit que Marecat, mis deux fois en observation à l'asile d'aliénés, a commis son crime dans un accès de folie; il croyait que sa mère voulait l'empoisonner. Celle-ci a été frappée au moment où elle descendait du grenier; elle est morte pendant la nuit sans reprendre connaissance. »

4. *Aliénée persécutrice et érotomaniacque.* — Devant la 9^e chambre correctionnelle de Paris comparaissait, le vendredi 12 novembre 1897, une dame Delwillard, contre laquelle un M. Malassis s'était décidé à porter plainte à raison des assiduités dont elle le poursuivait depuis longtemps et des menaces de mort qu'elle lui adressait, se voyant éconduite.

Un beau matin, M. Malassis se trouvait au boulevard de Strasbourg, lorsqu'une femme se jeta à son cou, lui prodiguant les paroles les plus tendres. Elle croyait reconnaître — bien mieux elle reconnaissait en lui — un M. Judin auquel elle avait donné les plus précieux gages de son affection, il y a de cela un peu plus d'un quart de siècle, car cela se passait sous la Commune.

En dépit des protestations les plus énergiques de M. Malassis, la bonne dame n'en voulut pas démordre. Depuis vingt-six ans, elle était demeurée fidèle au souvenir de Judin; elle l'avait pleuré, pensant qu'il avait disparu pendant les événements de 1871; elle le retrouvait miraculeusement; plus M. Malassis affirmait son identité, se refusant à endosser la personnalité de Judin, plus M^{me} Delwillard s'entêtait dans sa croyance.

Et de ce jour, le malheureux M. Malassis se vit accablé de lettres, puis de doux reproches, enfin de menaces de mort s'il persistait dans sa prétendue infidélité.

Le tribunal, estimant que la dame Delwillard ne possédait pas sa pleine et entière raison, l'a acquittée.

5, 6, 7 et 8. *La nuit du commissaire*. — Sous ce titre, le *Temps* (numéro du dimanche 28 novembre 1897) publie les quatre faits suivants :

« Hier soir, vers cinq heures, un monsieur mis avec une grande élégance, portant de longs favoris à l'anglaise, remontait le boulevard Saint-Michel. De temps à autre, avec sa canne, il se livrait à une étrange occupation : il décrochait des enseignes, les posait à terre, puis s'éloignait, avec flegme. On commença à le regarder. Passa un jeune prêtre ; l'inconnu le salua gravement, puis lui donna un vigoureux coup de poing, à l'anglaise, qui renversa le prêtre. Des agents accoururent, qui emmenèrent chez M. Berthelot, commissaire de police du quartier de la Sorbonne, l'individu, qui regimbait.

« Au poste, celui-ci prononça un long discours, en anglais, où revenaient à chaque phrase les noms de Napoléon et de Boulanger. Le magistrat l'écouta poliment, fit avancer une voiture et fit conduire son interlocuteur, M^e Frédérie J. Naylor, notaire à Londres, ... à l'infirmerie spéciale du Dépôt. La famille a été avisée immédiatement.

« Ce matin, à cinq heures, M. Berthelot était réveillé pour une affaire urgente. Il trouva au poste un sous-officier de cuirassiers qui demandait qu'on lui présentât M. Bazille, député de Poitiers. Ce militaire avait pris une voiture à la gare d'Orléans. Arrivé sur le boulevard Saint-Germain, il descendit, tira son sabre et menaça le cocher, qui s'enfuit en criant. Des agents le désarmèrent aisément et l'emmenèrent au poste. Chemin faisant, le sous-officier affirmait qu'il en avait assez d'entendre insulter l'armée, que l'armée devait se défendre et qu'il fallait que M. Bazille interpellât. Au poste, avant l'arrivée du magistrat, il demanda à écrire et noircit quatre pages de papier ; au milieu de ces divagations, il a répété trois fois cette phrase : « Je me sens un malaise épouvantable au cerveau. » M. Berthelot a fait diriger ce second fou sur l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

« Un instant après, on amenait une pauvre femme, qui divaguait, elle aussi. Rue Lagrange, elle était passée auprès d'un agent, auquel elle avait dit : « J'en ai assez. La vie m'énuie. Je vais me noyer. » L'agent la suivit. Il la vit enjamber le parapet du pont au Double, se précipita et la sauva. Son mari est un commerçant du quartier de la Sorbonne.

« Enfin, en arrivant à son bureau, M. Berthelot a trouvé un pli recommandé à son adresse. C'était une supplique d'un nommé Dufour, qui demandait la protection de la loi pour sa cousine, impliquée à tort dans l'affaire Dreyfus. C'était le numéro 4. »

9. *Aliénée homicide et suicide*. — On télégraphie de Saint-Petersbourg (29 novembre 1897) à l'Agence Havas :

« La femme d'un médecin de notre ville, M^{me} T..., vient d'attenter, pendant l'absence de son mari, à la vie de ses trois enfants, au moyen d'un revolver chargé, que le médecin tenait enfermé dans son bureau dont elle avait forcé la serrure.

« L'un de ces enfants, petite fille de huit ans, put se soustraire au danger en s'enfuyant dans une chambre voisine, où elle s'enferma à clef; mais un bébé de dix-huit mois fut tué sur place, d'une balle à la tempe, et un garçon de cinq ans fut si grièvement blessé qu'on a peu d'espoir de le sauver. On désespère aussi pour la vie de la mère, qui s'est ensuite tiré un coup de revolver au visage.

« La malheureuse a accompli ces différents crimes sous l'impulsion d'un accès d'aliénation mentale, et elle avait eu soin pour cela d'éloigner sa servante, en l'envoyant en commission. »

10. *Un drame dans une péniche.* — Un drame s'est déroulé, cette nuit, dans une péniche amarrée sur le quai de Grenelle, vis-à-vis du n° 63, et sur laquelle est installée une grue servant au déchargement des chalands. Cette péniche est habitée par un marinier nommé Edmond Charneux, sa femme et une de ses cousines.

Au milieu de la nuit dernière, Edmond Charneux, pris soudain d'un accès de folie furieuse, s'est précipité sur sa femme et sa cousine et a tenté de les étrangler dans la cabine où elles dormaient. Grièvement blessées au cours de la lutte qu'elles eurent à soutenir avec le forcené, les deux malheureuses femmes réussirent cependant à prendre la fuite et à se réfugier dans un coin du bateau. Voyant ses deux victimes lui échapper, Edmond Charneux brisa alors un des hublots de la cabine et se précipita dans la Seine où son cadavre a été repêché, ce matin, par des mariniers. (*Le Temps*, numéro du lundi 6 décembre 1897.)

11. *Une fausse alerte.* — Ce matin, à huit heures, vif émoi à l'angle des rues La Rochefoucauld et Notre-Dame-de-Lorette. Une femme, à demi-nue, gesticulait à une fenêtre du troisième étage de la maison portant le n° 52 de cette dernière rue, criant :

— Au secours ! A l'assassin ! Délivrez-moi !

Deux gardiens de la paix et plusieurs passants accoururent aux cris de la malheureuse femme. Ils enfoncèrent la porte de son appartement et furent très étonnés de la trouver seule. Cependant, celle-ci continuait ses appels désespérés, disant aux gardiens de la paix :

— Tenez, c'est là, dans cette malle, que ce misérable veut enfermer mon cadavre !

Il n'y avait même pas de malle dans la chambre. La pauvre

femme était folle. On la conduisit à grand'peine chez M. Cornette, commissaire de police, jusqu'où la foule des curieux, qui commentait déjà la tentative d'assassinat, lui fit escorte.

Cette aliénée se nomme Jeanne F., est âgée de trente-deux ans. Elle a été envoyée à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Temps*, numéro du mardi 28 décembre 1897.)

LES MÉFAITS DE L'ALCOOL (*suite*).

82. *Bagarre d'étudiants ivres*. — On télégraphie de Vienne (Autriche), le 9 novembre 1897, à l'*Agence nationale* :

Dans la nuit de samedi à dimanche, vers une heure, un groupe d'une vingtaine d'étudiants de l'Université de Vienne appartenant à l'association la Germania, faisait irruption dans le café Marschall situé dans la Mariabilderstrasse, et lieu de rendez-vous ordinaire des officiers. Ces étudiants, qui venaient du café Capiccola, d'où ils avaient été renvoyés, étaient pour la plupart dans un complet état d'ébriété.

En entrant au café Marschall, les étudiants bousculèrent volontairement les chaises sur lesquelles plusieurs officiers étaient assis; ceux-ci dédaignèrent de relever ce manque de savoir-vivre.

Les étudiants allèrent alors se placer à une table voisine et se mirent à critiquer les personnes présentes dans le café, prenant surtout à partie les militaires. A un certain moment, les grossièretés et les provocations en vinrent à un tel point que trois des officiers dégainèrent et se précipitèrent sur leurs insulteurs dont deux furent blessés, l'un à la tête et l'autre à l'épaule; un garçon de café, qui s'était interposé pour essayer de protéger la vaisselle, eut un doigt coupé d'un coup de sabre.

La police, appelée par téléphone, mit fin au combat et les blessés furent conduits à l'hôpital pour y être soignés.

L'autorité militaire, ainsi que le conseil de l'Université, ont ouvert une enquête sur ces regrettables incidents.

83. *Homicide*. — On télégraphie de Rive-de-Gier, le 9 novembre 1897, à l'*Agence Havas* :

Une femme habitant Mornant (Rhône) a été assassinée hier soir par un nommé Noël Morel, âgé de vingt-six ans, né à Saint-Maurice-de-Lignon (Haute-Loire).

L'assassin était ivre au moment du crime.

On a signalé son passage ici et il est activement recherché.

84. *Plaisanterie mortelle*. — Avant-hier, un cultivateur de Lathoy (Haute-Savoie), nommé Jean Vemonis, se trouvant en état d'ivresse à Saint-Julien, après son repas de midi, s'est mis à tirer des coups de revolver dans la rue au hasard, « pour faire peur aux passants ». Une balle a atteint dans la région du cœur un jeune homme de la localité, Jules Babel, âgé de

seize ans. Babel, atteint mortellement, a rendu le dernier soupir à deux heures de l'après-midi.

Vemonis a été arrêté par la gendarmerie. (*Le Temps*, numéro de dimanche 14 novembre 1897.)

85. *Cruelle position d'un magistrat.* — Sous ce titre, le *Temps* (numéro du mardi 23 novembre 1899) publie la correspondance suivante qui lui est adressée de Londres :

Le marquis de Salisbury a prononcé récemment sous la coupole d'Albert-Hall, devant les délégués des associations conservatrices du Royaume-Uni, un grand discours dont le télégraphe vous a transmis le résumé et que je rappelle seulement pour mémoire. Cette sorte de congrès avait amené à Londres de nombreux délégués de province, et la commission organisatrice avait tout naturellement songé à l'emploi que ces messieurs auraient à faire de leur temps en dehors des séances. C'est ainsi qu'un bureau de location pour tous les théâtres avait été installé près du vestiaire. Les délégués y pouvaient acheter des billets à prix réduits.

Hier soir, un monsieur d'environ quarante-cinq ans, correctement vêtu, habit noir, cravate blanche, se présentait au contrôle de Gaiety-theatre avec un ticket pris à Albert-Hall. Le directeur de la troupe, M. Edward Marshall, était présent, et il crut devoir conseiller à ce spectateur de prendre place, sans supplément de prix, dans une petite loge restée vacante. Cette amabilité du directeur s'expliquait par la démarche titubante de l'auditeur de lord Salisbury. Le brave délégué avait sans doute eu le tort de boire trop souvent à la santé de l'orateur, et cela se voyait. Il refusa la petite loge et exigea son fauteuil. On l'y conduisit. Peut-être espérait-on qu'il s'y endormirait.

Mais le moyen de dormir en écoutant miss Nina Boucicault et en regardant miss Rose Dearling? Notre homme se livra, au contraire, aux expressions d'une joie bruyante et presque enfantine. Très échauffé, rouge comme une pivoine, mais pur de toute intention méchante, il montrait une bienveillance quasi tendre à ses voisines et reprenait à tue-tête les refrains chantés en scène par l'escadron volant de la maison. Une ouvreuse l'ayant respectueusement invité à modérer ses expansions, il lui offrit sa montre, l'appela son « sweet heart » et lui proposa de l'épouser le soir même. Encore aurait-on pu tolérer sa présence s'il ne s'était avisé de vouloir allumer un cigare en frottant son allumette sur l'épaule décolletée d'une dame assise devant lui. C'en était trop. Un policeman l'emmena. Au poste, un médecin fut appelé à constater son état.

Ce matin, le délégué conservateur comparait devant sir John Bridge, à la cour de police de Bows-treet, toujours en habit noir et cravate blanche, et l'interrogatoire s'engage.

— Vos noms ?

— Lionel Barnato.

— Profession ?

— Juge de paix à Dublin.

— Un confrère !

L'infortuné pochard a voulu discuter, mais les faits ne permettaient aucun débat. Les policemen, le contrôleur, le directeur, l'ouvreuse ont déposé à la grande confusion de l'inculpé. Il ne manquait à l'audience que la dame décolletée dont l'épaule avait failli jouer la veille un rôle si original.

M. Barnato n'en a pas moins plaidé « non coupable », mais à quoi bon ? Sir John Bridge lui a répliqué très justement :

— Voyons, de bonne foi, est-ce que vous pourriez vous-même acquitter un homme qui vous serait déféré avec de tels témoignages ? Evidemment non. Je vous condamne à 25 francs d'amende.

Puisse le juge de paix Barnato se montrer désormais indulgent aux ivrognes de Dublin !

86. *Homicide par imprudence*. — On lit dans le *Petit Temps* (numéro du mardi 30 novembre 1897) :

« La 11^e chambre a infligé un an de prison, pour homicide par imprudence, à une ivrognesse, la femme Grimault, qui avait, par mégarde, étouffé son jeune enfant, couché auprès d'elle. »

87. *Rixes*. — Vendredi, à une heure et demie, quatre ouvriers belges, en état d'ivresse, se trouvaient devant la fabrique de sucre de Seraucourt-le-Grand (Aisne). Un ouvrier français s'étant approché d'eux, on en vint aux injures et une rixe s'ensuivit.

Trois ouvriers français accoururent au secours de leur camarade. Un ouvrier belge a été tué, un autre a eu le crâne fracassé, son état est désespéré. Un troisième a été blessé légèrement.

Trois ouvriers français ont été mis en état d'arrestation. (Le *Temps*, numéro du 1^{er} décembre 1897.)

88. *Sentinelle attaquée*. — Ce matin, à 5 h. 50, le soldat Popillat, qui était en faction devant la porte A du ministère des Finances, rue de Rivoli, a été attaqué par un individu qui, étant en état d'ivresse, s'est précipité sur lui, l'a acculé dans l'angle de la guérite, et, le serrant violemment, lui a dit : « C'est ton fusil qu'il me faut... »

L'infortuné Popillat a heureusement pu appeler à l'aide. Le poste est sorti. L'individu, un nommé Joseph-Eugène Hirle, musicien ambulant, demeurant rue de la Folie-Méricourt, a été arrêté et envoyé au Dépôt. (Le *Temps*, numéro du jeudi 16 décembre 1897.)

89. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Journal des Débats* (numéro de samedi 25 décembre 1897) :

Depuis deux ans, un maçon, Jules Coquelard, âgé de vingt-quatre ans, vivait avec une femme de ménage, plus âgée que lui de dix ans, Louise Chebrouly employée chez un laitier de Joinville-le-Pont. Ils habitaient boulevard de Créteil, à Saint-Maur. Paresseux, ivrogne, brutal, Coquelard finit par lasser la patience de sa compagne, et Louise le quittait il y a quelques jours.

Hier, le maçon vint, armé d'un fusil de chasse, trouver sa maîtresse à Joinville, dans la cour de la laiterie, et lui enjoignit de le suivre à l'ancien domicile commun. Comme elle s'y refusait, Coquelard fit feu sur la malheureuse, qui fut atteinte à la cuisse droite.

On la transporta à l'hôpital Saint-Antoine; son état n'inspire pas d'inquiétudes.

Le meurtrier est au Dépôt.

90. *Incendie.* — On lit dans le *Journal des Débats* (numéro du mardi 28 décembre 1897) :

Un commencement d'incendie s'est déclaré ce matin à dix heures dans le logement occupé par M^{me} Beaucourt, 5 bis, rue Amélie. Le feu a été éteint rapidement par les gardiens de la paix du poste du Gros-Cailhou.

M^{me} Beaucourt, qui se trouvait en état d'ivresse manifeste, a eu les cheveux brûlés; mais, comme le feu paraît avoir été occasionné par son imprudence, cette femme a été gardée à la disposition de la justice par M. Pelardy, commissaire de police.

91. *Tentative d'homicide suivie de suicide.* — Un courtier de commerce, Louis Lott, âgé de quarante-sept ans, demeurant 11, rue du Mont-Cenis, a tenté, la nuit dernière, de tuer sa femme, puis s'est suicidé. Lott habitait depuis deux ans à cet endroit avec sa femme et ses trois enfants, dont l'aîné a quinze ans.

Hier soir, il rentrait chez lui dans un état complet d'ivresse. Une querelle s'engagea entre lui et sa femme, et une scène violente suivit bientôt; soudain, Lott s'emparait d'un couteau de cuisine et en frappait sa femme en pleine poitrine.

M^{me} Lott ouvrit la porte du logement et s'enfuit dans la rue appelant de toutes ses forces au secours. C'est alors que le courtier, devant ses enfants paralysés par la peur, avec le couteau qu'il tenait, s'ouvrit les veines des deux bras, puis se fit une large entaille à la gorge.

Les voisins, après s'être concertés, coururent chez M. Dupuis, commissaire des Grandes-Carrières, qui se transporta aussitôt rue du Mont-Cenis accompagné d'un médecin; mais il était trop tard : Lott venait de rendre le dernier soupir.

La blessure de M^{me} Lott n'est pas grave. (Le *Journal des Débats*, numéro du mercredi 29 décembre 1897.)

MUSÉE PSYCHIATRIQUE ET NEUROLOGIQUE DE L'ACADÉMIE
IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Nous recevons de M. le professeur Bechterew, de Saint-Pétersbourg, la circulaire suivante que nous nous empressons de reproduire :

Monsieur et très honoré Confrère,

Le 19 novembre 1897, il y aura trente ans accomplis depuis la fondation de la clinique des maladies mentales auprès de l'Académie Impériale de médecine à Saint-Pétersbourg. C'est environ à ce temps que sera achevée aussi la construction du nouveau bâtiment complètement isolé, appartenant à cette clinique et destiné à servir comme clinique des maladies nerveuses, dont l'inauguration est supposée pour le commencement de l'année scolaire prochaine.

Ayant en vue ces deux grands événements dans l'existence de la clinique psychiatrique la plus ancienne en Russie, l'administration et les médecins, qui s'y attachent, se sont proposé de signaler ces événements par l'institution de deux musées : psychiatrique et neurologique, qui pourront être logés dans l'édifice particulier qu'on construit maintenant auprès pour les malades nerveux.

Dans le premier de ces musées on suppose recueillir, savoir :

1) Les objets ayant rapport à l'organisation des établissements psychiatriques (leurs plans, copies photographiques, modèles, etc.), ainsi que les comptes rendus concernant la circulation des malades et l'activité des telles ou autres institutions psychiatriques, les aperçus historiques qui s'y rapportent, ainsi que les photographies autant que possible de toutes les personnes se consacrant particulièrement à la psychiatrie et à la neuropathologie en Russie et à l'étranger.

2) Les objets et les modèles relatifs à l'existence des aliénés, comme mise en scène des salles, des chambres d'isolement et autres salles dans les sections pour les aliénés, les costumes, les moyens répressifs employés autrefois et que l'on pratique encore aujourd'hui dans certaines institutions, les moyens répressifs qu'on applique au traitement des aliénés chez les paysans (des chaînes, etc.).

3) Les œuvres des aliénés : a) ayant rapport à leurs sphère intellectuelle, comme manuscrits, spécimens de leurs écritures, leurs dessins, produits de sculpture et d'architecture, etc.; b) relatives à la sphère physique, comme spécimens de tel ou autre métier et autres productions, ainsi que différentes bagatelles et bibelots souvent fabriqués par les aliénés.

4) Les photographies et les portraits des aliénés dans diffé-

rentes périodes de leurs maladies, conditions variées de leur activité, les figures et les empreintes représentant les signes les plus remarquables de dégénérescence et autres monstruosité et phénomènes morbides propres aux aliénés.

5) Les appareils et autres ressources scientifiques destinés à l'examen des aliénés, diagrammes, feuilles statistiques, etc., concernant ces malades.

6) Les formes de race des crânes ainsi que leurs formes anormales, déviations pathologiques dans la structure des crânes, accompagnant les défauts du développement intellectuel (micro- et macrocéphalie, hydrocéphalie, etc.); les cerveaux des aliénés et leurs préparations microscopiques.

7) Les documents et autres objets concernant l'histoire de la protection, de l'assistance des aliénés en Russie et en autres pays, ainsi que les images et autres projets, illustrant les idées du peuple par rapport à l'aliénation mentale dans différentes époques historiques.

Dans le second, c'est-à-dire dans le musée neurologique, on suppose recueillir les objets illustrant la structure et le développement du système nerveux ayant rapport à la pathologie et à la thérapeutique des maladies nerveuses. A ce groupe appartiennent :

1) Les cerveaux des différents animaux et races humaines, les cerveaux embryonnaires des uns et des autres, les préparations et coupes du cerveau des animaux et de l'homme faites par différentes méthodes.

2) Les préparations des cerveaux pathologiques, appartenant aux malades atteints de formes variées des maladies nerveuses et coupes microscopiques, préparées de cerveaux de ce genre ainsi que les empreintes des cerveaux pathologiques.

3) Les appareils, instruments et autres objets employés pour le pesage, appréciation du volume et conservation des cerveaux, ainsi que pour la préparation des coupes, pour en faire les dessins, etc.

4) Copies photographiques, moulages et empreintes des malades démontrant leurs affections, ainsi que les diagrammes et autres ressources scientifiques concernant la pathologie des maladies nerveuses.

5) Les appareils et instruments employés de nos jours, ainsi que ceux d'autrefois qui s'appliquaient à l'examen et au traitement des neuropathes, ainsi que les échantillons et modèles indiquant l'entourage des malades dans les institutions et cliniques.

6) Les plans et photographies des différents établissements neuropathologiques. Les comptes rendus et données statistiques de ces institutions, etc.

Ces deux musées sont destinés à servir comme ressource la

plus importante pour l'enseignement des maladies mentales et nerveuses aux étudiants de l'Académie Impériale militaire de médecine à Saint-Petersbourg, et en même temps, ils permettront d'étudier, pour ainsi dire, à simple vue, l'histoire et la situation de l'œuvre de l'assistance et traitement des aliénés et neuropathes en Russie et en autres pays, aux nombreux visiteurs de la clinique, arrivant à Saint-Petersbourg de provinces internes de la Russie, ainsi que de ses limites lointaines et aux hôtes arrivant de l'étranger.

Quoi qu'il en soit, mais cependant chacun comprend que par des efforts des médecins et du personnel de la clinique, malgré les riches ressources de cette dernière, il serait impossible d'arriver à la plénitude nécessaire et désirable dans l'arrangement de ces deux musées sus-indiqués, et c'est pourquoi, en se guidant par la conscience de l'importance des problèmes pédagogiques, scientifiques et pratiques, destinés à être résolus par la création de ces musées, les médecins, faisant partie de la clinique des maladies mentales à Saint-Petersbourg, ont décidé de s'adresser pour le concours dans cette œuvre à tous leurs confrères spécialistes. En prenant ce qui précède en considération, ne pourriez-vous pas, Monsieur et très honoré confrère, nous expédier pour ces deux musées les objets étant en votre possession? Ne pourriez-vous pas aussi concourir à l'expédition de ces objets du côté des personnes attachées à votre établissement? Entre autres, à l'exception des objets sus-indiqués ayant la destination scientifique et spéciale, il serait désirable aussi d'avoir les plans et les photographies de votre établissement, les modèles et échantillons de travaux et ouvrages de main de vos malades, les comptes rendus de l'établissement autant que possible pour toutes les années de son existence, les portraits photographiés de tous les médecins, travaillant dans votre Institution, accompagnés de leur signature ainsi que de leurs prédécesseurs et, s'il est possible, aussi vos préparations anato-pathologiques qui puissent être cédées à la clinique avec l'indication plus ou moins complète sur leur origine.

Afin d'éviter les dépenses jointes à l'expédition des objets, ces derniers pourront être expédiés au moyen d'être acquittés sur place, en les adressant : Russie. Saint-Petersbourg, Clinique des maladies mentales et nerveuses. Ruc Samarskaya, n° 9.

Comptant que vous prendrez l'intérêt et prêterez votre concours gracieux dans l'accomplissement du plan sus-indiqué, je me fais un devoir moral de vous exprimer d'avance ma gratitude profonde.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de ma parfaite considération et de mon dévouement.

Prof. W. BROCHTEREW.

FAITS DIVERS

Nomination d'une commission pour l'examen des questions relatives à l'hospitalisation des aliénés. — Le Conseil général de la Seine vient de nommer une commission pour examiner les différentes questions intéressant l'hospitalisation des aliénés, tant au point de vue des vœux à émettre que des résolutions à prendre. Elle est composée, hors les membres de droit, de tous les médecins titulaires et adjoints des Asiles de la Seine, du professeur de clinique des maladies mentales, et de MM. Terrier et Picqué (pour la chirurgie), Nocard et Miquel (pour le projet d'un laboratoire central des Asiles) et Colin (pour les aliénés criminels).

La même assemblée a, par une délibération en date du 29 décembre 1897, invité l'Administration à ouvrir des conférences avec le directeur de l'Assistance publique et avec le doyen de la Faculté de médecine de Paris pour étudier le transfert de la clinique de Sainte-Aune à la Salpêtrière et pour organiser un stage obligatoire de trois mois dans un service de médecine mentale que devrait faire tout candidat au doctorat.

Incendie dans un hospice d'aliénés. — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 27 novembre 1897) :

« Un incendie s'est déclaré avant-hier soir, vers onze heures et demie, dans le séchoir de l'hospice d'aliénés d'Auch. Les chambres des religieuses et la lingerie ont été détruites, mais on n'a eu à déplorer aucun accident de personne. »

Un legs important. — M. Philibert Dessaignes, ancien maire de Champigny-en-Beauce, ancien député de Loir-et-Cher, qui vient de mourir, a légué à son département un million pour l'hospitalisation des épileptiques, idiots, aveugles et sourds-muets.

NOUVEAU RECUEIL PÉRIODIQUE

Nous annonçons avec empressement la publication d'un nouveau recueil périodique, *l'Intermédiaire des biologistes*, destiné à rendre de grands services aux travailleurs. Cet « organe international de zoologie, botanique, physiologie et psychologie », est dirigé par deux savants, MM. Alfred Binet et Victor Henri, qui ont déjà acquis une juste notoriété par leurs travaux de psychologie physiologique.

Les *Annales* souhaitent à ce nouveau confrère longue vie et succès.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARTEAUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

REVUE
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Psychologie morbide.

GÉNIE ET FOLIE

RÉFUTATION D'UN PARADOXE

Par le Dr Albert REGNARD

Suite (1)

II

On raconte que l'auteur du *Monde comme volonté et comme idée*, assistant un jour à la onzième. leçon de Fichte sur les phénomènes de la conscience, compléta ses notes par ce commentaire : « Ce qu'il vient de dire, m'a donné envie de lui appuyer le canon d'un pistolet sur la poitrine et de lui crier : — Malheureux ! Tu vas mourir sans rémission ; mais, par égard pour ta pauvre

(1) Voyez le numéro de janvier-février 1898.

âme, dis-moi d'abord si tu as compris un mot à ce galimatias, ou si tu ne nous a pas pris tout bonnement pour des imbéciles (1). »

C'est un peu le sentiment qui vous saisit quand vous jetez les yeux sur les classifications modernes de la folie (2); ce qui prouve, qu'à y regarder de près et en pénétrant dans les détails, la signification de ce mot n'est guère plus facile à préciser que celle de l'expression « génie ».

Autrefois, c'était bien simple, — trop simple, peut être. On avait le délire généralisé, la manie surtout; puis les monomanies ou délires partiels; à la suite, la démence ou déchéance finale; le tout flanqué de la paralysie générale, de l'idiotie et du crétinisme, des grandes névroses et des folies toxiques, et c'était fini, ou à peu près. On savait très bien, d'ailleurs, que toutes ces variétés de l'aliénation mentale étaient, dans l'immense majorité des cas, héréditaires.

Et, chose curieuse, les médecins de ce temps-là — je parle de la première moitié du siècle — qui admettaient d'emblée la doctrine de la monomanie, étaient pour la plupart spiritualistes (3), quelques-uns même spiritualistes militants.

Partisans acharnés du « moi », de l'âme immortelle, une et indivisible, ils ne faisaient aucune diffi-

(1) *Frauenstädt, Arthur Schopenhauer. Von ihm, über ihn*, p. 237. Berlin, 1863.

(2) Voyez; par exemple, dans une étude très complète du Dr Cramer sur la *Paranoia*, les vingt-huit noms donnés, seulement en trois langues, à la stupeur ou démence aiguë d'Esquirol, — ces noms différents correspondant, pour la plupart, à des classifications, à des interprétations diverses (*Abgrenzung und differential Diagnose der Paranoia*, in *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie*, t. LI, 1895).

(3) Par exemple, le Dr Cerise, qui annotait Cabanis et Bichat, uniquement pour les démolir, et Buchez, espèce de vicaire savoyard, selon le cœur de Rousseau et de Robespierre et, en conséquence, grand pourfendeur d'athées.

culté à proclamer la réalité du délire purement partiel, c'est-à-dire de la lésion limitée de cette entité indivisible. Est-ce donc qu'ils se payaient de mots à propos des soi-disant facultés de l'âme, — l'attention, la mémoire, le jugement, etc., considérées comme pouvant être atteintes isolément? Mais toutes ces spécialisations n'avaient rien à faire, en vérité, avec l'éroto-manie, la kleptomanie, la dipsomanie et autres délires de même espèce.

Non! Le fait est qu'en entrant dans l'étude des maladies mentales, ces hommes éminents laissaient leur philosophie à la porte. Et avec pleine raison, leur philosophie étant mauvaise. C'était d'ailleurs le temps où régnait à l'École de Paris, sous le titre usurpé de méthode baconienne, l'empirisme le plus vide et le plus terre à terre. Des faits, jeunes élèves, des observations! On ne vous demande que cela, clamait-on de toutes parts, et au diable le raisonnement! Sans doute les faits sont les *data* indispensables de la science, mais à la condition d'être bien observés; alors, le résultat demeure, encore que dans une certaine mesure. C'a été le cas, par exemple, pour la monomanie ou délire des persécutions. « Nous croyons que l'œuvre de Lasègne, quoique datant déjà d'un tiers de siècle, dit excellemment le D^r Ritti, n'a rien perdu de sa valeur scientifique et qu'elle est une des plus belles découvertes dont se soit enrichie la médecine mentale (1). »

Mais j'ai eu raison d'ajouter : dans une certaine mesure. Car, de fait, l'œuvre de Lasègne a été battue en brèche par les aliénistes modernes, et la protestation du D^r Ritti n'a pas encore rencontré l'assentiment unanime quelle mérite.

(1) Ant. Ritti, article *Délire des persécutions*, in *Dictionnaire de Dechambre*.

C'est que les faits, les paquets d'observations, — y en eût-il des monceaux entassés plus haut que « Pélion sur Ossa », — sont incapables de rien établir par eux-mêmes. L'ancienne Ecole de Paris, postérieurement à la mort de Broussais, l'Ecole des Chomel, des Andral, des Trousseau, parlait de Bacon à tort et à travers, sans y rien comprendre, confinée en réalité dans l'empirisme le plus grossier. « L'empirique, dit l'illustre philosophe, semblable à la fourmi, se contente d'amasser et de consommer ensuite ses provisions. La vraie philosophie fait comme l'abeille ; elle ne se repose pas uniquement sur les forces naturelles de l'esprit humain, et cette matière qu'elle tire de l'histoire naturelle, elle ne la jette pas dans la mémoire telle qu'elle l'a puisée dans ces deux sources ; mais après l'avoir travaillée et digérée, elle la met en magasin (1) ».

En médecine, comme dans la philosophie, la division primordiale se fait entre les dogmatiques et les sceptiques ; or, le scepticisme n'a jamais rien fondé. C'est la simple école du « fait » ; et les faits si bien observés par Lasègue, comme aussi les différentes monomanies d'Esquirol, de Baillarger et autres, ont pu être contestés de nos jours, uniquement parce qu'ils n'étaient pas coordonnés, ne se rattachaient à aucun système.

Les récents nosographes, dédaignant, comme leurs prédécesseurs empiriques, les admirables découvertes de Gall et les véritables données de la science du cerveau, allèrent chercher dans le bric-à-brac de l'Éclectisme, les formules les plus démodées de cette philosophie de baccalauréat. Dans le temps où les travaux des physiologistes démontraient l'absurdité de la « conscience » des métaphysiciens et l'automatisme relatif de la volonté, ils ramassèrent dans la défroque

(1) Bacon, *Novum organum*, I, 95.

de Victor Cousin, le vieux « Moi » de la plus plate des métaphysiques; ils l'époussetèrent de leur mieux, tâchèrent de le redresser et de le faire tenir debout, en l'appuyant au mur, quoiqu'il n'en pût mais, et proclamèrent : « Voici l'unité pensante et dominante, l'âme intelligente, le *sensorium commune*, l'archée, la glande pinéale, le Moi enfin, qui ne peut être divisé. C'est cette « personne civile », insérée dans votre individu, qui vous anime et vous dirige comme un Dieu sorti de la machine; et, comme elle est une, homogène et indivisible, il est absurde de supposer qu'elle puisse souffrir d'une lésion partielle; elle ne peut être malade que dans sa totalité, donc il n'y a pas de délire partiel, pas de monomanie possible: ce qu'il fallait démontrer (1). »

Comment cette « unité pensante » pouvait-elle être lésée en aucune façon, voilà ce qu'ils se gardaient bien de nous dire, n'ayant pas même conscience de l'énormité des propositions soutenues. Mais voyez cependant la puissance du dogmatisme, en dépit de la fausseté des dogmes. Sous l'effort de cette construction métaphysique, on crut voir s'écrouler l'édifice élevé par nos grands aliénistes du commencement du siècle. Les beaux travaux de Morel servirent à masquer les défauts du sys-

(1) « Les philosophes se sont trompés nécessairement, dit Broussais, lorsque, abstrayant la somme de nos facultés intellectuelles et la réalisant avec les titres d'esprit, d'âme et de *sensorium commune*, ils en ont fait une espèce de président qui dirige l'entendement, la volonté, les sentiments et, en grande partie, les instincts, tantôt d'après son caprice, tantôt d'après sa constitution propre, ses penchants, ses goûts, sa nature, en un mot, dont Dieu seul a le secret. » (*Cours de phrénologie*, p. 48, Paris, 1836.) C'est ce « Moi », entité absolue et venant d'en haut, dont la science nie la réalité objective. Le sentiment de la personnalité, la conscience viennent d'en bas; constituée par la succession des phénomènes organiques produits par les réflexes de tout ordre, la personnalité consciente ne se réalise, en dépit des illusions de l'esprit, que d'une façon fugitive et intermittente.

tème. Avec un rare talent, le D^r Magnan mit à profit les données fournies par cet auteur, pour instituer et consolider la nouvelle doctrine (1). La monomanie parut disparaître définitivement ; on admit bien encore des délires partiels ; mais il ne s'agissait plus que de phénomènes surajoutés, de « syndromes épisodiques » survenant chez des dégénérés, dont le Moi, vicié dans son ensemble, pouvait cependant attester son état d'altération générale, par des manifestations délirantes d'un caractère local et circonscrit.

Mais qu'y a-t-il de nouveau ici en dehors de la forme et de l'apparence ? Esquirol, lui-même, a-t-il jamais affirmé que la folie en général et, spécialement la monomanie, fussent le propre de la masse des individus, sans égard à la prédisposition ? « L'aliénation mentale est éminemment héréditaire » (2) ; telle est la proposition qu'il a été l'un des premiers à proclamer. Et la même affirmation se retrouve chez les successeurs, chez la plupart des partisans de la monomanie, y compris Trélat, le créateur de cette excellente formule : la folie lucide.

D'autre part, a-t-on jamais contesté que les monomaniaques les mieux caractérisés ne pussent être atteints occasionnellement de troubles psychiques plus complexes ?

« On nie qu'il existe des monomaniaques, dit encore Esquirol, auquel il faut toujours revenir. Il n'y a pas, dit-on, d'aliéné qui ne soit déraisonnable que sur un seul objet ; toujours ces malades offrent quelques désordres de sentiment et de volonté. Mais, s'il n'en était

(1) Cf. Magnan et Legrain, *Les Dégénérés. Etat mental et syndromes épisodiques*. Paris, 1895.

(2) Esquirol, *Des maladies mentales*, t. I, p. 247. Paris, 1838.
— Cf. *Ibid.*, p. 33.

pas ainsi, les monomaniaques ne seraient pas fous (1) ». Non ! jamais on n'a nié tout cela. Mais ce qu'on affirme, c'est que chez certains individus « héréditaires » assurément, « dégénérés », cela se peut, on constate, à l'occasion, une véritable monomanie, un délire partiel portant sur un point déterminé ; qu'en dehors de ce point spécial, les autres aptitudes psychiques apparaissent conservées et à peu près normales, autant qu'elles peuvent l'être chez le sujet en question.

Prenons Jeanne d'Arc, par exemple, cette fille étonnante et d'autant plus admirable qu'elle combattit et mourut pour une patrie qui n'était pas la sienne : bien supérieure en cela à l'idée que s'en forme le vulgaire, puisqu'elle apparaît alors comme une héroïne de l'Humanité. Appelez visions ou hallucinations, selon que vous êtes croyant ou savant, les phénomènes auxquels elle était en proie, il semble bien certain, dans tous les cas, que sa conduite tout entière fut dirigée par ses voix, par ses apparitions, en un mot par ce qu'elle *voyait et entendait*. Je ne sais pas ce qui serait arrivé si elle eût vécu, si, comme d'autres, elle ne se serait pas éteinte dans la déchéance finale ; mais pendant le court espace de temps que dura sa mission, et en dépit du délire aussi partiel qu'incessant qui présidait à ses actes, elle ne cessa pas de donner les preuves de l'intelligence la plus lucide, sinon la plus parfaite (2). Je ne parle pas de ses faits de guerre ; car, enfin, elle n'y connaissait rien, et le premier moment d'enthousiasme passé, la campagne de l'Orléanais une fois terminée, elle ne fit que des bévues et marcha d'insuccès en insuccès (3).

(1) Esquirol, *loc. cit.*, t. I, p. 333.

(2) On a parlé de sa lettre ridicule aux Hussites. Mais d'abord, ce n'est pas elle qui l'a écrite, et puis, comment s'étonner de quelques idées de grandeur après de si éclatants succès ?

(3) Echecs devant Paris, devant La Charité, etc.

Mais ce n'était pas son métier ; la lucidité de son intelligence parut dans un jour éclatant lors de son procès, où on la vit « coller » ses juges, les « bons docteurs et maîtres de l'Université de Paris », dans le même temps où elle affirmait la réalité de ses visions.

J'oserais hasarder ici une conjecture qui ne me paraît pas dépourvue d'intérêt au point de vue de la médecine mentale. Je crois que Jeanne mourut gnérie, affranchie de toute hallucination, de tout délire. Jusqu'au dernier moment, elle avait compté sur ses « Saintes » pour l'arracher à la mort : ses pleurs, son désespoir, quand on vint la chercher pour la mener au supplice montrent assez que les Saintes l'avaient abandonnée. Mais ces premières larmes versées dans l'effroyable déchirement que dut lui causer cette défection inattendue, — la pauvre fille se ressaisit, et, seule, dénuée du secours et de l'escorte de sainte Catherine, de saint Michel et des autres, courageusement, en femme libre, non hallucinée, elle monta sur le bûcher. D'aucuns disent qu'elle invoqua encore ses voix : ce qu'il y a de sûr, *c'est qu'elle ne les entendit plus* (1).

Il existe donc des cas bien caractérisés de monomanie, de délire positivement partiel, le reste des aptitudes psychiques demeurant assez indemne pour que le sujet puisse se conduire dans la vie, à part ce qui regarde ce délire, comme une personne ordinaire.

Cela suppose l'altération de certains groupes spéciaux de cellules grises, l'ensemble restant intact ; d'où il résulte la démonstration de la proposition suivante :

PROPOSITION. — *Le principe de la division du travail existe dans le cerveau pour les aptitudes psychiques*

(1) « Oui, mes voix *étaient* de Dieu, elles ne m'ont pas trompée. » Tout cela au passé ; dans le moment, elles sont évidemment absentes. (*Procès de Jeanne d'Arc*, app. 68.)

pures comme pour les phénomènes psycho-moteurs. Des groupes de cellules différents président nécessairement aux manifestations de l'intelligence, du sentiment et de la volonté, et dans chacune de ces trois grandes sections, il existe encore des centres spéciaux pour chacune des aptitudes spéciales bien caractérisées.

Ces principes avaient été proclamés dès le commencement du siècle par l'illustre Gall, si sottement dédaigné par une certaine science officielle, celle-là dont on peut dire, en effet, qu'elle fait faillite, parce qu'au fond elle n'est pas la Science, mais seulement son apparence et sa contrefaçon. Ils reparaissent enfin après être demeurés si longtemps méconnus, perdus dans les ténèbres épaissies autour d'eux par l'effort d'une philosophie rétrograde. Et la protestation que je fais entendre ici n'a nullement un caractère isolé. Ecoutez ce que dit, dans sa dernière édition, le physiologiste Landois, dont le livre éminemment classique fait autorité et donne le plus fidèle résumé des conquêtes les plus récentes de la science :

« Bien que ce système (celui de Gall et de Spurzheim) présente dans le détail des données fantaisistes, des imperfections et des lacunes manifestes, pourtant il y a lieu de se demander tout à fait sérieusement si l'on doit en rejeter l'idée fondamentale. La découverte de la localisation des mouvements volontaires et des impressions conscientes dans le cerveau, impose la nécessité d'un examen sérieux de la Phrénologie, en procédant d'ailleurs, d'une autre façon que les fondateurs de la doctrine (1). »

Voilà une déclaration faite pour scandaliser bien des gens. Tous ces partisans de l'entité « conscience » se seraient prémunis contre de pareilles surprises, s'ils

(1) Landois, *Lehrbuch der Physiologie des Menschen*, p. 841. Wien und Leipzig, 1896 (9^e édit.). — Voy. aussi Flechsig, *Die Localisation der geistigen Vorgänge*, Leipzig, 1895.

avaient seulement pris la peine de méditer ces paroles du regretté Jules Cotard : « La fâcheuse habitude de méditer sur les fonctions sans penser à l'organe, nous a détournés longtemps du point de vue physiologique et de l'analyse des fonctions cérébrales (1). » Sans doute, trop souvent, l'examen anatomique ne nous révèle rien, et peut-être, dans nombre de cas, ne nous révélera-t-il jamais rien. Mais qu'importe ? pour qui sait que les facultés psychiques sont dans un rapport intime avec les qualités physiques des cellules de l'écorce cérébrale, les altérations de ces facultés dénotent la lésion structurale de ces cellules d'une façon tout aussi certaine que pourrait le faire la démonstration anatomique la plus positive (2).

- Les adeptes du « Moi » Fichtéen ne devraient pas oublier, d'ailleurs, qu'antérieurement aux travaux de Gall, le siège des émotions, des passions, était placé non dans le cerveau, mais dans le soi-disant centre épigastrique. Cette doctrine, universellement admise, se trouve encore exposée dans le beau livre de Bichat (3).

(1) *Annales méd.-psych.*, 1888, t. VII, p. 310.

(2) « Certains individus, dit M. Ch. Féré, dans sa remarquable étude sur *La Famille névropathique*, doués d'une intelligence remarquable, offrent une perversité morale des plus manifestes, ou inversement ; d'autres ont des aptitudes extraordinaires, mais limitées à une science, à un art, aux mathématiques, par exemple, ou à la musique, et, en dehors de là, ils sont inférieurs en tout. » (Ch. Féré, *La Famille névropathique*, p. 52. Paris, 1894.) Une telle division des aptitudes ne saurait se comprendre sans une division analogue des organes, des groupes de cellules appropriés.

(3) Ce grand homme, loin de combattre cette théorie, s'attacha à la perfectionner. Procédant pour le centre épigastrique, comme Gall, plus tard, pour le cerveau, il voulut établir qu'il n'y avait point, pour les passions, de centre constant ; mais « que le foie, le poudon, la rate, le cœur, etc., formaient tour à tour ce foyer épigastrique si célèbre dans nos ouvrages modernes ». Il introduisit donc ici le principe de la « division du travail », ce qui ne l'empêcha pas d'envisager ensuite l'action du « centre épigastrique »

Quoi qu'il en soit, au milieu de la déroute de la saine philosophie, Gall devait évidemment succomber. Ce grand anatomiste — c'est Flourens qui le proclame tel — eut le tort aussi de construire trop vite une synthèse prématurée et celui plus grand encore de s'associer Spurzheim. Posant déjà les bases de la doctrine moderne de la criminalité, Gall avait très bien indiqué le penchant au vol, à l'assassinat; il avait créé, en conséquence, des organes du vol, du meurtre et aussi, par contre, un organe de la bonté. « On s'écria de plus d'un lieu... que devient notre libre arbitre? Cet homme prêche le fatalisme, il détruit tous les fondements de la morale, il attaque la justice des lois, il avilit la dignité de l'homme... Ce fut précisément à corriger ces vices de la nomenclature que Spurzheim s'attacha. Il dit : « Le vol n'est qu'une application de l'organe. On peut très bien avoir de la tendance à acquérir, à posséder, sans être un voleur (1). »

Et alors, pour contenter tout le monde, Spurzheim institua l'organe de l'*acquisivité*, « qui nous conduit à dire, écrit Broussais, tout pour moi et rien que pour moi. C'est l'origine du sentiment de la propriété; si l'intelligence est faible, les moyens pour acquérir celle-ci seront coupables... chez certaines personnes, le désir d'accumuler est insatiable; de sorte que quand elles possèdent une somme, un immeuble, elles en veulent posséder d'autres; cela n'a pas de terme (2). » Voilà un

pris dans son ensemble. « L'homme dont la constitution est la plus heureuse et en même temps la plus rare, dit-il plus loin, est celui qui a ses deux vies dans une espèce d'équilibre; dont les deux centres, *cérébral et épigastrique*, exercent l'un sur l'autre une égale action, chez qui les passions animent, échauffent, exaltent les phénomènes intellectuels, sans en envahir le domaine, etc. » (*Recherches physiologiques sur la vie et la mort*. Paris, V. Masson, 1862, p. 63-54.)

(1) Broussais, *Cours de phrénologie*, p. 129. Paris, 1836.

(2) *Ibid.*, p. 252, 254.

joli résultat et un beau triomphe pour la philosophie de l'âme, du libre arbitre et du Moi ! En cela, l'illustre Broussais s'est trompé et les concessions ainsi maladroitement faites n'ont rien concilié du tout ; la réalité de la doctrine, sa dignité en ont été diminuées. Sans compter qu'en voulant ainsi expliquer le penchant au vol par l'instinct de la propriété, l'excellent Spurzheim semblait donner raison d'avance au fameux aphorisme de Proudhon : « La propriété, c'est le vol ».

Mais je ne veux pas insister davantage. Certains trouveront même que j'en ai déjà trop dit, bien qu'au contraire je sois demeuré en plein dans la question. Au moment de discuter l'hypothèse du génie-folie, il importe absolument de savoir, dans le cas où le génie et la folie se rencontreraient chez le même individu, si le siège de l'un et l'autre phénomène ne serait pas circonscrit dans des groupes de cellules distinctes ; et c'est précisément ce qui vient d'être démontré.

Et même je n'en ai pas fini avec ces préliminaires indispensables : car il faut nécessairement dire un mot de l'épilepsie. Depuis qu'on a reconnu qu'elle pouvait être d'origine corticale, on n'a pas manqué de mettre sur son compte tous les délires singuliers, monomanie homicide et autres, dont on se trouvait embarrassé. Voilà, par exemple, le cas de cette Henriette Cornier, qui tue un enfant, tout d'un coup, sans rime ni raison et qui jamais, ni avant ni après, n'a donné le moindre signe d'épilepsie, ni manifesté d'autre impulsion du même genre. N'importe ! on en fait un cas d'épilepsie. Pourquoi ? pour ne pas en faire un cas de monomanie, d'impulsion homicide simple. Et en quoi cela avance-t-il la question ? En rien du tout.

Je me trompe ; si cela n'avance pas la question, ça sert toujours à quelque chose, ou plutôt à quelqu'un : à M. Lombroso, qui, ne sachant où caser son génie-folie,

se dit : — Voilà mon affaire ! Si le cas d'Henriette Cornier est un fait d'épilepsie, — larvée naturellement, — pourquoi les manifestations du génie ne seraient-ils pas aussi des faits d'épilepsie — larvée toujours ? Ah ! ces choses « larvées » ! Et dire qu'un siècle après Bichat et Cabanis, la médecine en est encore à se payer de ces mots-là. L'épilepsie ? mais on la met à toutes sances. Les impulsions homicides, incendiaires, le vagabondage même, dans certains cas : épilepsie ! je prétends, que ces explications, malgré leur apparence philosophique, sont de pures mystifications, de déplorables plaisanteries. Tant que vous ne constatez chez un individu que ces impulsions, que vous n'y trouvez, en dehors d'elles, aucun vestige ni du grand ni du petit mal, vous n'avez pas le droit de qualifier cela d'épilepsie. Ou alors il faut changer le sens des mots et reconnaître que sous cette dénomination, on veut englober la masse de tous les faits singuliers, de tous les « syndromes » plus ou moins « épisodiques » qui ne peuvent trouver place ailleurs. Seulement, la catégorie ainsi étendue ne présente plus rien de satisfaisant à l'esprit ; le mot cesse d'être un signe, puisqu'il n'a plus de sens précis, et la nosographie est à tous les diables.

Laissant donc là l'épilepsie et toutes ces larves, je dirai encore un mot avant de quitter le sujet spécial de la folie, de la prétendue surexcitation intellectuelle et quasi géniale à laquelle elle donnerait lien. Car il sante aux yeux que, voulant rapprocher le génie de la folie, nos honorables contradicteurs, tout en rabaissant en quelque façon le premier, devaient tenter d'exalter la seconde. M. Lombroso, dans sa troisième partie, a deux longs chapitres où il s'évertue à démontrer l'existence possible du *génie chez les fous*, j'entends, chez les fous proprement dits. Or, dans les nombreuses pages

en question, voilà, en mon âme et conscience, ce que j'ai pu trouver de plus remarquable parmi les « œuvres littéraires » citées ; ce sont quatre vers empruntés au livre de mon distingué homonyme, le D^r Paul Regnard, sur les *Maladies épidémiques de l'esprit* :

Magnan ! à mon souhait, médecin *Magnan* ime
Adore de mon sort la force qui t'anime.

Admirant son beau crâne, autre remords de Phèdre,
Nargue Legrand du Saulle et sois Legrand du Cèdre ! (1)

Évidemment, c'est drôle, mais cela ne dépasse pas le niveau d'une farce de brasserie à l'heure de l'accumulation des bocks. Quant aux images reproduites dans la planche X du volume et présentées comme d'heureux spécimens du génie artistique des fous, je n'ai rien à en dire, sinon que j'y reconnais bien l'art particulier aux aliénés, mais pas la moindre trace de génie.

Certes, celui qui eût visité vers 1580 le manicomie de Sainte-Anne en Italie, ou vers la fin de 1826, la maison de santé d'Esquirol, aurait pu y voir enfermés deux hommes de génie, parfaitement fous d'ailleurs, le Tasse et Auguste Comte ; j'aurai à m'expliquer plus loin sur ces cas si exceptionnels. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit dans l'espèce. M. Lombroso parle ici de la masse des fous enfermés dans les manicomies, et chez lesquels on observerait des traces fréquentes de talent, voire même de génie. Pour ma part, voilà quelque quinze ans que je visite annuellement quatre ou cinq asiles d'aliénés renfermant en moyenne cinq cents malades ; on m'a fait voir quelques mauvaises peintures, entendre de plus mauvaise musique, mais jamais un médecin ne m'a

(1) Lombroso, *l'Homme de génie*, 2^e édition française, précédée d'une préface de M. Ch. Richet, p. 314. Paris, G. Carré, 1896.

présenté de fou ayant la moindre ressemblance avec un homme de génie. J'entends bien que l'hyperémie cérébrale, dans la première période de la paralysie générale, par exemple, comme aussi dans le début de l'ivresse, puisse exciter les facultés de l'esprit; j'ai souvent remarqué aussi la facilité d'élocution chez certains aliénés, la façon élégante dont ils tournent exceptionnellement leurs lettres, et très certainement, ceux-là parlent et écrivent mieux dans cet état d'excitation pathologique qu'ils ne le faisaient dans leur bon sens. Mais toutes ces manifestations n'aboutissent à rien de sérieux, et à bien considérer les choses, on y remarque beaucoup de verbiage, très peu d'idées et pas du tout de génie.

J'en aurai fini avec ces préliminaires indispensables, quand j'aurai dit que pour ce qui regarde l'importante question de la dégénérescence, c'est uniquement le trouble mental qui nous intéresse ici. Cela avec d'autant plus de raison que, comme le dit très bien Camuset, « les signes de dégénérescence sont tellement nombreux qu'on peut à bon droit se demander s'il existe des individus assez privilégiés pour en être absolument exempts » (1).

Des individus peuvent avoir un annuaire trop court ou un index trop long, et posséder un cerveau parfaitement normal. L'intégrité, du cerveau ou, tout au moins, des plus importantes de ses parties ou son altération, voilà le fait unique qui, dans cette difficile étude, me servira de criterium et de guide.

Nous sommes en mesure, maintenant, d'entreprendre la critique de la doctrine du *génie-folie*, telle qu'elle apparaît dans le livre de M. Lombroso, en son plus complet épanouissement.

(1) *Annales médico-psych.* 1888, t. VII, p. 300.

III

On pourrait d'abord accuser l'auteur d'extrême légèreté dans la recherche et l'appréciation des documents. Par exemple, nous lisons à la page 30 : « A cinq ans, Meyerbeer jouait merveilleusement du piano », et à la page 31 : « Meyerbeer jouait très bien du piano à dix ans. » Le contraire eût étonné. De même, p. 31 (1) : « Ennius Quirinus Visconti excitait l'admiration à seize mois. » Sans contester le fait, on aurait été bien aise de savoir ce qui provoquait cette admiration « à la mamelle ». Page 9, Voltaire est mis tour à tour parmi les génies de petite taille et parmi les plus grands ; c'est peut-être une erreur de copiste ; mais on peut y voir aussi la négligence avec laquelle l'auteur insère, sans les lire, les documents qu'on lui transmet.

C'est ce qui ressort, sans contestation possible, d'un autre passage où il est dit d'Auguste Comte « qu'il fut soigné pendant *dix ans* par Esquirol ; il guérit, mais pour répudier sans motifs sa femme qui l'avait sauvé ». (p. 108). Le fait est que le célèbre philosophe ne passa que quelques mois chez Esquirol et que longtemps après sa guérison, sa femme, qui ne l'avait pas sauvé, se sépara de lui pour les motifs les plus honteux ; par crainte de la misère, elle abandonna le grand homme qui l'avait tirée de l'abjection (2) :

Dans un genre plus plaisant, on peut signaler des

(1) Toutes les citations sont faites d'après la 2^e édition française de l'*Homme de génie*, mentionnée plus haut.

(2) C'est la mère d'A. Comte, Rosalie Boyer, qui le retira de la maison de santé d'Esquirol où il avait passé six mois (de fin avril au 2 décembre 1826), et c'est seulement en 1842 que sa femme le quitta. (Cf. J. Longchamps, *Précis de la vie et des écrits d'Auguste Comte*, in *Revue occidentale* (numéros de mai et juillet 1889), et D^r Robinet, *Vie d'Auguste Comte*, 2^e partie, § 5.)

« insinuations » comme celle-ci : « Démosthènes, Cicéron, Walter Scott, Erasme, Képler, d'Alembert, Fénelon, Boileau, Pascal, Aristote, saint Paul, Napoléon, étaient très maigres dans leur jeunesse » (p. 10). Mais, en vérité, à part quelques natures exceptionnellement grassonillettes dans l'adolescence, qui est-ce qui n'a pas été maigre dans sa jeunesse, et qu'est-ce que cela peut bien avoir de commun avec la question du génie et de la folie ? De même, voilà que « Mind, le célèbre peintre de chats, avait l'aspect d'un crétin ou d'un dégénéré, ainsi que Socrate, Ibsen, Tolstoï, Sardou, Dovtoiewski, Darwin et Cooper. » Passe encore pour l'affreux Socrate ; mais ce pauvre M. Sardou ! l'air d'un crétin dégénéré !

Tout cela seulement pour donner une idée du faire de l'auteur. J'entre maintenant dans le vif de la question et d'abord, je ferai quelques remarques au point de vue de l'historique.

Depuis quelque deux mille ans, on s'en va répétant sur la foi de Sénèque, qu'il n'y a pas de génie sans un grain de folie, — « *Nullum magnum ingenium sine mixtura dementiæ fuit* (1). » Mais c'est là un dicton sans portée, une autre formule pour la maxime bien connue : « Il n'y a pas de grand homme pour son valet de chambre », ce qui paraît tout simplement comme la revanche des imbéciles. Seulement, le tort de Sénèque est d'avoir mis cela sur le compte d'Aristote, qui n'en peut mais. Le seul passage où il y ait une allusion de ce genre, se trouve dans les *Problèmes*, § XXX. Or, la critique moderne a démontré que les *Problèmes* ne sont pas d'Aristote (2). En vain alléguerait-on qu'ils

(1) Senec., *De tranquill. anim.*, 15.

(2) Cf. sir A. Grant, art. *Aristote*, in *Enc. Brit.* t. II, 1875 ; Kurt Prantl, *Abhandl. der philol. Klasse der K. Bayer-Akad.*, 1852.

sortent de son école ; ce n'est pas la même chose et la morale d'Eudème, par exemple, contredit, dans des points essentiels, la doctrine du Maître telle qu'elle est exposée dans l'*Ethique à Nicomaque*. Chacun veut tirer à soi le philosophe incomparable, cela se comprend assez. Mais que les Lombrosiens le laissent tranquille ! Rien dans son œuvre ne peut leur servir de réclame. J'ajoute que le philosophe avait une belle occasion de dire son avis là-dessus dans sa *Poétique* ; il n'y a jamais songé.

Dans un autre genre, on vient nous citer Platon et son *Phédon*. En vérité, il n'est pas besoin de remonter si haut pour constater que le feu de l'inspiration a toujours paru avoir quelque analogie avec les emportements de la folie, et que le mot délire a pu servir à la fois pour les poètes et pour les aliénés :

Embrasons-nous d'un saint délire,
La liberté pour nous conspire,

chante-t-on dans *Guillaume Tell*, ce qui ne prouve absolument rien au point de vue de la question en litige.

Si ces Messieurs voulaient absolument trouver dans les écrivains de l'antiquité, quelque échantillon, encore qu'imparfait, de leurs théories, ils auraient mieux fait de citer Aulu-Gelle. Celui-ci nous conte l'histoire d'un certain Domitius, grammairien célèbre, surnommé l'Insensé (*insanus*) à cause de son caractère intraitable et morose. Se promenant un jour avec le philosophe Favorin, l'auteur rencontre ce Domitius qui les envoie promener de la belle façon en se plaignant de la sottise et de la décadence des temps. « Nous l'avons abordé dans un mauvais moment, dit Favorin, et il s'est montré à nous sous son vrai jour. Sachez toutefois que cette humeur appelée μελαγχολία n'est pas le propre des petits esprits ; cet « état d'âme » a quelque chose d'héroïque,

qui consiste à dire courageusement la vérité, sans souci, μήτε κειροῦ, μήτε μέτρου (1).

Mais au fond, cela même ne dépasse pas la mesure des banalités connues sur la matière. En dépit de Platon, d'Aulu-Gelle et de Schopenhauer (2), Moreau (de Tours) est bien l'inventeur de la théorie du génie-névrose : c'est lui le Dieu et Lombroso est son prophète.

(A suivre.)

(1) « Ni du moment ni de la mesure ». En grec dans l'original. (Aulu-Gelle, *Noct. Attic.*, XVIII, 7.)

(2) Cet illustre penseur a tenté d'établir aussi un rapprochement entre le génie et la folie ; mais son opinion repose tout entière sur une fausse appréciation. Il s'est complètement mépris sur la nature de la folie, dans laquelle il voit surtout un affaiblissement de la mémoire, ce qui est tout à fait insuffisant pour caractériser le phénomène. L'aliéné méconnaissant la liaison et le rapport des faits, la serait son point de contact avec l'homme de génie. « Car l'homme de génie aussi néglige la connaissance des relations qui reposent sur le principe de raison, s'il ne voit et ne cherche dans les choses que les idées. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 197 sq.) La théorie ne tient pas debout et n'a, du reste, aucun rapport avec celle qu'on examine ici.

Pathologie

DU RÉFLEXE PATELLAIRE

ÉTUDIÉ CHEZ LES MÊMES MALADES
AUX TROIS PÉRIODES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le D^r MARANDON DE MONTYEL

Médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine.

Dans le numéro de juillet 1895 des *Archives de Physiologie normale et pathologique*, à propos des modifications du réflexe crémastérien chez les paralysés généraux, je remarquai que tous les observateurs qui ont étudié les réflexes dans la paralysie générale avaient adopté la méthode de Murh qui, le premier, en 1878, appela l'attention sur ce point, méthode qui consiste à examiner, à un moment donné de l'évolution de leur maladie, un nombre plus ou moins considérable de sujets, les uns à la première période, les autres à la deuxième ou à la troisième, et qui, jusqu'ici, n'a, de l'avis unanime, fourni que des résultats contradictoires. J'en conclusais qu'il fallait y renoncer désormais, et pour avoir des relevés comparables, *opérer sur les mêmes paralysés généraux patiemment suivis du début à la terminaison de leur maladie par marasme paralytique*, travail que personne n'a encore entrepris. Ayant eu la patience de le poursuivre durant plus de trois ans, je me trouve en mesure de fournir, sur les modifications des divers réflexes au cours de la paralysie générale, des données obtenues à l'aide d'une méthode nouvelle, et

par là non dépourvues peut-être de tout intérêt. J'ai rapporté déjà, dans les *Archives de Physiologie*, numéro de juillet 1895, celles relatives au réflexe crémastérien, qu'il ne m'a été possible de comparer avec aucune autre, M. Regis seul, à ma connaissance, ayant signalé son affaiblissement sans appuyer son assertion de chiffres. Il n'en est plus de même du patellaire qui fait le sujet de ce Mémoire et qui, par là, est plus intéressant à étudier. Il a été, en effet, l'objet de nombreux travaux et il sera instructif de comparer les divers résultats fournis aux observateurs par la méthode de Murli, dont ils se sont tous servis, avec ceux que m'a donnés la méthode que j'ai employée.

Quand j'ai commencé mes recherches, j'ai choisi quarante malades, tous à la première période de la paralysie générale et exempts de toute complication médullaire susceptible de fausser les résultats, et j'ai toujours en soin d'apprécier par moi-même l'état des réflexes, afin que leur degré d'intensité fût noté de la même façon et par le même appréciateur. Malheureusement, je n'ai pu mener à terme que dix-sept cas, les vingt-trois autres sujets ayant succombé au cours de la première ou de la seconde période, ayant été transférés en province ou repris par leurs familles. J'engage en conséquence ceux qui voudront se servir de cette méthode à porter leurs recherches sur un très grand nombre de malades, afin de pouvoir réunir un chiffre suffisant d'observations complètes, puisque mon expérience prouverait que 42 p. 100 seulement des paralyvés généraux entrés à la première période parcourent à l'asile toutes les phases de la maladie, les autres, par décès ou sortie, échappant à l'observateur.

J'ai établi les moyennes des modifications constatées dans le réflexe patellaire, ainsi que je l'ai fait avec le crémastérien; pour obtenir des résultats qui fussent

comparables, j'ai eu recours à deux procédés : le premier a consisté à les tirer du nombre total de fois que nous avons examiné le réflexes, le second du nombre des seules variations constatées. Ainsi, 128 fois nous avons recherché sur nos 17 sujets, du début de la maladie à sa terminaison par marasme paralytique, l'état du patellaire ; les 128 constatations fournissent les résultats que nous rangeons dans notre *premier groupe*. Mais, au cours de ces 128 constatations, il est arrivé que le même état, normal ou anormal, se trouvait n'avoir pas varié ; nous avons pensé alors à former un *second groupe*, comprenant seulement le nombre de variations relevées, soit 92 pour le réflexe dont nous nous occupons. Il y a là, en effet, un moyen de contrôle, qui a été, à ma connaissance, complètement négligé par tous les observateurs et qui pourtant a son importance.

On trouvera sans doute que 17 observations ne constituent pas un faisceau de faits très volumineux ; je n'en disconviens pas, mais qu'on veuille bien remarquer que c'est la première fois que les réflexes ont été suivis, chez les mêmes paralysés généraux, depuis le début jusqu'à la phase ultime de leur affection, et on trouvera peut-être alors qu'en l'absence de toute donnée de cette nature dans la science, 17 cas consciencieusement et minutieusement observés ne sont pas à dédaigner. Cela dit, entrons dans le vif du sujet.

I

D'une manière générale, nous avons trouvé le réflexe patellaire modifié comme il suit quant au nombre de fois que nous l'avons recherché.

	Premier groupe.	Second groupe.
Total des réflexes.	128	92
Normaux.	41 soit 31,2 0/0	30 soit 32,6 0/0
Anormaux.	87 soit 67,8 0/0	62 soit 67,4 0/0

Les deux groupes concordent à établir que le patellaire est, comme le crémastérien, plus souvent anormal que normal; toutefois il serait beaucoup moins souvent atteint que celui-ci, que nous avons trouvé altéré dans 80 p. 100 des cas avec le premier groupe et dans 77 p. 100 avec le second groupe. MM. Renaud et Briand sont les observateurs dont les résultats s'éloignent le plus des nôtres : le premier, sur 482 paralytiques généraux, a trouvé 416 altérations, soit 87 p. 100 et le second donne comme moyenne dans ses conclusions 86 p. 100 de modifications; c'est un écart avec nous en plus de 21 et de 20 p. 100. Après eux vient M. Cramp-Beatley qui sur 65 cas a trouvé 54 anormaux, soit 83 p. 100, avec un écart encore en plus sur nous de 16 p. 100. Avec M. Joffroy, l'écart, toujours en plus, s'abaisse à 13 p. 100 : sur 10 cas le savant professeur n'en a trouvé que 2 normaux, soit 80 p. 100 d'anormaux. Il n'est plus que de 10 p. 100 avec M. Bettencourt Rodrigues qui sur 84 réflexes patellaires a relevé 65 altérations, soit 78,6 p. 100. Enfin, il s'abaisse encore avec M. Fergusson au point de n'être que de 6 p. 100 en plus; cet auteur sur 11 réflexes tendineux ayant relevé 9 modifications, soit 72 p. 100, et il en est de même pour M. Sollier. Il est remarquable que de tous les observateurs M. Schaw soit le seul dont les chiffres se trouvent au-dessous des nôtres; il donne 47 altérations pour 82 réflexes tendineux, soit 57 p. 100, proportion inférieure de 10 à celle que nous avons trouvée. On voit combien nous avons eu raison de dire que la méthode suivie jusqu'ici n'avait fourni que des renseignements contradictoires; je suis tout disposé à croire qu'il n'en sera plus de même si on a la patience de suivre les mêmes malades du début à la terminaison par marasme de la paralysie générale. Je dois ajouter cependant que deux auteurs, M. Clauss et M. Siemerling, sont arrivés

aux mêmes résultats que nous ; j'estime en conséquence qu'au milieu des constatations contradictoires dues au procédé statistique de Murh, ce sont eux qui ont en la chance de toucher juste. M. Clauss sur 19 cas a relevé 13 anomalies, soit 68,5 p. 100 et M. Siermerling 102 sur 151, soit 68 p. 100.

Comparées au nombre total des réflexes patellaires, les modifications constatées se répartissent ainsi qu'il suit, d'après leur nature :

	Premier groupe.	Second groupe.
Exagération	50 soit 39 0/0	38 soit 41,3 0/0
Affaiblissement. . .	13 soit 10 0/0	12 soit 13 0/0
Abolition.	24 soit 18,7 0/0	12 soit 13 0/0

Les modifications du réflexe patellairesont donc toutes l'opposé de celles du réflexe crémastérien; les deux groupes sont d'accord pour donner une prédominance considérable aux exagérations, en ce qui concerne les affaiblissements et les abolitions, tandis qu'ils sont tous les deux d'égale fréquence dans le second groupe, ceux-là sont près de deux fois moins fréquents que celles-ci dans le premier groupe. Ce fait de la prédominance des exagérations sur les affaiblissements et les abolitions a frappé la presque totalité des observateurs. Je ne connais, en effet, que M. Joffroy qui ait trouvé 40 p. 100 d'abolitions contre 20 p. 100 d'exagérations, soit le double d'abolitions; mais ses recherches n'ont porté que sur dix malades, et il paraît ne les avoir examinés qu'une fois, ainsi s'explique une telle erreur. M. Cramp-Beatley a constaté, lui, l'égalité entre les deux, 27,7 p. 100 tant pour les abolitions que pour les exagérations ; il a opéré pourtant sur 65 paralytiques. Tous les autres observateurs ont voté la prépondérance des exagérations ; mais on est loin de constater le même accord dans les proportions, on y trouve même des divergences plus grandes

que précédemment. Celui qui s'éloigne le plus de tous les autres et a obtenu la proportion la plus forte, c'est sans conteste M. Renand, qui est arrivé à 73 p. 100 ; après lui vient M. Fergusson avec 63 p. 100, que suivent MM. Briand et Bettencourt-Rodrigues avec 57 p. 100, tandis que M. Clauss n'a atteint que 52 p. 100 et M. Sollier, moins encore, 45 p. 100. Cette fois encore, M. Siemerling a fourni à peu de chose près les mêmes chiffres que nous, 35 p. 100 : il est donc avec M. Sollier les deux observateurs qui nous paraissent être dans le vrai. Quant à M. Schaw, qui a décidément la spécialité des proportions inférieures, il s'est arrêté à 30 p. 100.

Il est beaucoup plus difficile de s'assurer des écarts existant entre les auteurs pour les affaiblissements et les abolitions ; car ni M. Clauss, ni M. Bettencourt-Rodrigues, ni M. Fergusson, ni M. Renand, ni M. Briand n'ont tenu compte de ceux-ci ; leurs statistiques ne comportant que trois termes : normal, exagéré, aboli. Quelles furent les raisons d'une aussi grave omission susceptible d'enlever toute valeur aux chiffres produits ? M. Renand s'exprime ainsi : « Nous avons omis avec intention de noter une *diminution* de ces réflexes, cet état ne nous paraissant pas être pathologique. Si un paralytique général ne réagit que faiblement à la percussion de la rotule, qui nous prouvera que c'est anormal ? Ne sait-on pas depuis longtemps qu'il n'y a rien de plus variable que le réflexe patellaire pris chez des individus en bonne santé ? Et engagé dans cette voie, où pourrait-on s'arrêter ? Quand le réflexe cessera-t-il d'être faible pour être normal ? Nous croyons qu'il est plus exact et plus simple de procéder comme nous l'avons fait, le réflexe est conservé, aboli ou exagéré. » Et M. Briand dit de son côté : « En raison de la difficulté fréquente d'apprécier l'état des réflexes, et cela en dépit de toutes les précautions que nous avons prises, nous avons cru

être plus près de la vérité en les enregistrant seulement sous les trois rubriques exagérés, abolis, normaux. Evidemment entre ces trois termes il est des intermédiaires, et nous avons parfois trouvé des réflexes forts et des réflexes diminués; mais combien délicate est cette appréciation et que de fautes à craindre si on pousse à ce point l'analyse de phénomènes si complexes et si variables même à l'état normal? » Mais alors dans lequel des trois groupes le distingué médecin de Villejuif a-t-il placé les réflexes qu'il dit avoir jugés diminués? Quant à l'argumentation de M. Renaud, elle s'applique aussi bien aux exagérations qu'aux affaiblissements et, pour être conséquent, ce jeune et savant confrère aurait dû se limiter à deux termes : existant et aboli. Pour notre part, alors surtout qu'on suit, comme nous l'avons fait, les *mêmes malades durant toute l'évolution de leur affection*, nous estimons qu'il est facile, *chez le même sujet*, d'apprécier tous les degrés de modification et même leurs nuances et qu'il y a une trop grande distance entre l'état normal et l'abolition pour ne pas admettre au moins un terme intermédiaire. Quoi qu'il en soit, voyons de combien différent de nos résultats ceux obtenus par ces cinq observateurs. Les chiffres d'abolition fournis par quatre d'entre eux se rapprochent sensiblement des nôtres, obtenus avec le premier groupe : M. Bettencourt-Rodrigues, 20 p. 100; M. Clauss, 15 p. 100; M. Fergusson, 18 p. 100; et M. Renaud 14 p. 100. Seul des cinq, M. Briand s'éloigne considérablement de nous avec 29 p. 100, nombre le plus élevé qui ait jamais été fourni, si on en excepte M. Joffroy dont nous avons déjà parlé plus haut, car M. Cramp-Beatley et M. Siemerling, qui eux aussi ont obtenu un pourcentage très fort, ne sont arrivés le premier qu'à 27.7 p. 100 et le second à 26 p. 100. La moitié des observateurs oscille, en réalité, entre 15 et 20 p. 100; car, outre les quatre mentionnés tout à

l'heure, M. Schaw donne 17 p. 100, M. Sollier et M. Moelli 20 p. 100, soit six sur douze. Le pourcentage le plus bas, 12 p. 100, a été trouvé par M. Muhr. Nos chiffres, selon toute probabilité, ceux du premier groupe plus pent-être que ceux du second, qui ne diffèrent d'ailleurs entre eux que de 5 p. 100, semblent donc être l'expression de la vérité,

Les quatre observateurs qui ont relevé les affaiblissements sont d'accord avec nous pour établir leur rareté, et les écarts entre les chiffres, si on en excepte toujours M. Joffroy, ne sont pas considérables. Ils sont en effet de 9.7 p. 100 pour M. Schaw, de 7.9 p. cent pour M. Cramp-Beatley, et de 4 p. 100 pour M. Siemerling.

Considérées non plus par rapport au nombre total des réflexes patellaires, mais entre elles, les modifications relevées ont fourni les proportions suivantes :

	Premier groupe.	Second groupe.
Exagération	50 soit 57.4 0/0	38 soit 61.4 0/0
Affaiblissement.	13 soit 15 0/0	12 soit 19.3 0/0
Abolition.	24 soit 27.6 0/0	12 soit 19.3 0/0

Mais nous ne nous sommes pas limité à noter l'exagération et l'affaiblissement, nous avons relevé aussi les nuances de l'une et de l'autre. Pour la première nous avons par rapport au nombre total des réflexes patellaires :

	Premier groupe.	Second groupe.
Exagérés.	30 soit 23.4 0/0	23 soit 25 0/0
Très exagérés.	20 soit 15.6 0/0	15 soit 16.3 0/0

Et par rapport au nombre total des anormaux :

	Premier groupe.	Second groupe.
Exagérés.	30 soit 34.4 0/0	23 soit 37 0/0
Très exagérés.	20 soit 23 0/0	15 soit 24 0/0

Il est curieux qu'avec le réflexe patellaire qui est bien

plus souvent augmenté que diminué, ce soient les exagérations simples qui l'emportent sur les exagérations marquées, tout comme cela a lieu avec le réflexe crémasterien qui est beaucoup plus souvent diminué qu'augmenté. Même ici la différence est bien plus tranchée; tandis qu'avec le crémasterien l'écart était insignifiant entre les deux nuances, 1 p. 100, avec le patellaire il est de plus de 10 p. 100 dans le premier comme dans le second groupe. On voit que décidément la paralysie générale n'a aucune tendance à forcer l'exagération, même celle des réflexes qu'elle exagère d'habitude. Le tableau suivant, qui donne la fréquence relative des deux nuances entre elles, montre clairement combien les exagérations simples l'emportent sur les exagérations marquées.

	Premier groupe.		Second groupe.
Exagérés.	30 soit 60 0/0	23 soit 60 0/0	
Très exagérés. . . .	28 soit 40 0/0	15 soit 40 0/0	

En est-il de même pour les affaiblissements? Les deux tableaux qui suivent donneront la réponse :

	Premier groupe.		Second groupe.
Affaiblis.	8 soit 6.2 0/0	8 soit 8.6 0/0	
Très affaiblis. . . .	5 soit 4 0/0	4 soit 4.3 0/0	
Abolis.	24 soit 18.7 0/0	12 soit 13 0/0	

Par rapport au nombre total des réflexes patellaires et par rapport au seul nombre des anormaux :

	Premier groupe.		Second groupe.
Affaiblis.	8 soit 9 0/0	8 soit 12.9 0/0	
Très affaiblis. . . .	5 soit 5.7 0/0	4 soit 6.4 0/0	
Abolis.	24 soit 27.6 0/0	12 soit 19.3 0/0	

Ainsi, comme pour les exagérations, ce sont pour les affaiblissements les degrés moindres qui l'emportent,

quoique avec un écart plus faible comme le montre le rapport entre eux :

	Premier groupe.	Second groupe.
Affaiblis.	8 soit 21.6 0/0	8 soit 33.4 0/0
Très affaiblis.	5 soit 13.6 0/0	4 soit 16.6 0/0
Abolis.	24 soit 64.8 0/0	12 soit 50 0/0

Il en est d'ailleurs de même pour le crémasterien. Jamais il ne m'a été donné de constater des modifications opposées d'un côté à l'autre, par exemple abolition ou affaiblissement à droite et exagération à gauche. Les modifications relevées ont toujours été de même nature. J'ai, en conséquence, établi deux espèces seulement d'inégalités : *l'inégalité simple*, quand le réflexe normal d'un côté était altéré, en plus ou en moins de l'autre, et *l'inégalité différentielle*, quand la modification était de même nature des deux côtés mais à des degrés inégaux, par exemple aboli à droite et seulement affaibli à gauche, ou bien très exagéré d'un côté et simplement exagéré de l'autre. Ces inégalités se sont rencontrées un peu plus souvent avec le patellaire qu'avec le crémasterien. Par rapport au nombre total des réflexes du genou nous avons :

	Premier groupe.	Second groupe.
Inégalités simples. .	6 soit 4.6 0/0	6 soit 6.5 0/0
Inégalités différentielles.	3 soit 2.3 0/0	3 soit 3.3 0/0
Total	9 soit 6.9 0/0	9 soit 9.8 0/0

On voit par ce tableau que d'une manière générale les inégalités, bien que plus fréquentes avec le patellaire qu'avec le crémasterien, sont encore assez rares et que les inégalités simples sont très exactement deux fois plus fréquentes que les différentielles.

Ces résultats généraux obtenus, il convient dès lors d'examiner l'influence exercée par chacune des trois

périodes de la maladie. Nous avons avec le premier groupe :

	Première période.	Seconde période.	Troisième période.
Normaux .	15 soit 29.4 0/0	13 soit 31.7 0/0	13 soit 36 0/0
Anormaux.	36 soit 70.6 0/0	28 soit 68.3 0/0	23 soit 64 0/0
Tot. des réflexes	51	41	36

Et avec le second groupe :

	Première période.	Seconde période.	Troisième période.
Normaux .	9 soit 29 0/0	10 soit 33.3 0/0	11 soit 35.4 0/0
Anormaux.	22 soit 71 0/0	20 soit 66.7 0/0	20 soit 64.6 0/0
Total. . .	31	30	31

Les deux groupes nous apportent ce résultat un peu inattendu, que le réflexe patellaire est d'autant moins atteint que la maladie est à une phase plus avancée de son évolution. A la première période nous l'avons trouvé aussi fréquemment anormal que le crémastérien, même un peu plus. Mais tandis que celui-ci acquiert une fréquence anormale supérieure de 17 p. 100 environ à la seconde période pour la conserver et même l'accroître encore légèrement à la troisième, celui-là tend à redevenir de plus en plus normal à mesure que la paralysie générale s'aggrave. Résultat, je le répète, un peu inattendu, mais pas en complet désaccord avec toutes les rares recherches faites sur ce point; rares, en effet, puisque avec chiffres à l'appui, je ne connais que celles de M. Bianchi, de M. Renaud et de M. Briand, encore M. Bianchi s'était borné à examiner simplement les réflexes à dix mois de distance. Sur 26 paralytiques généraux au début de l'affection, il a trouvé 9 fois le réflexe tendineux normal, soit 30,7 p. 100 et 17 fois anormal, soit 69,3 p. 100 ; dix mois après il n'y avait plus que 7 normaux, soit 26 p. 100, partant 19 anormaux, soit 74 p. 100. L'auteur ne spécifie pas à quelle période du mal se trouvaient ses sujets au bout de ces dix mois; or, étant donné la variabilité d'évolution de la

paralysie générale, ils pouvaient aussi bien en être toujours à la phase initiale ou avoir abouti déjà au marasme paralytique. Mais bien que les chiffres donnés par M. Bianchi perdent ainsi une grande partie de leur valeur, néanmoins ils établissent qu'au bout de ces dix mois le nombre des réflexes anormaux s'était accru de 4,7 p. 100, accroissement sans doute un peu faible mais qui toutefois est quand même en contradiction formelle avec nos résultats.

La contradiction est bien autrement forte en ce qui concerne M. Briand. En effet, si de la première à la seconde période, le distingué aliéniste de Villejuif n'a trouvé qu'un écart de 2 p. 100, 84 pour celle-là et 86 pour celle-ci, à la troisième, il atteint 90 p. 100, caractéristique, par conséquent, d'une aggravation **parallèle de l'anormalité du réflexe patellaire** et de la maladie, c'est-à-dire tout le contraire de nous. Mais M. Renaud, à l'inverse de M. Briand, a constaté comme nous une réduction assez notable du nombre des réflexes anormaux de la phase initiale à la seconde, 91.1 pour l'un et 84.8 pour l'autre. Toutefois, ce jeune aliéniste n'y a pas aperçu la loi de décroissance que nous signalons. Dans la seconde période, dit-il, la proportion des réflexes conservés et normaux est considérable relativement à ce que nous avons vu dans la période précédente; ces chiffres paraissent illogiques au premier abord, mais si l'on prend la peine de les examiner avec soin, cette impression s'efface et M. Renaud fait ressortir alors l'augmentation des abolitions et la diminution des exagérations qui, en réalité, n'expliquent en aucune façon la réduction constatée. Ce qui a probablement empêché M. Renaud de formuler le principe de l'anormalité, d'autant moindre, du réflexe patellaire, que la paralysie générale est à une période plus avancée, c'est qu'il n'a pas relevé de différence, entre la seconde et la troisième

période, le pourcentage des anormaux fourni par ses relevés étant le même dans les deux cas. Quoi qu'il en soit, il n'est pas contestable que les résultats de cet auteur confirment pleinement les nôtres, et si, comme nous, M. Renand avait suivi les mêmes paralytiques du début à la terminaison de leur maladie, il aurait obtenu, j'en suis certain, un écart entre les deux phases ultimes, comme il en a eu une entre les deux premières. En effet, seuls les mêmes sujets peuvent fournir des données certaines sur l'état anormal aux diverses périodes de l'affection paralytique comparées les unes aux autres, car seuls ils fournissent des termes exacts de comparaison. Il est absolument illogique de vouloir rapprocher l'état des réflexes d'un paralytique à la troisième période, de l'état des réflexes d'un autre paralytique à la première. Ainsi, pourtant, on a toujours procédé jusqu'ici. Il ressort donc, sans conteste, de nos recherches effectuées chez les mêmes malades de l'origine à la terminaison de la maladie, que dans la paralysie générale, le réflexe patellaire est altéré d'autant moins fréquemment que l'affection est à une phase plus avancée.

Passant à la nature des modifications selon les trois périodes, nous avons, par rapport au chiffre total des réflexes patellaires, à chacune d'elles, avec le premier groupe :

	Première période.	Seconde période.	Troisième période.
Exagération	17 soit 33.3 0/0	23 soit 56 0/0	10 soit 27.7 0/0
Affaiblisse-			
ment. . .	5 soit 10 0/0	1 soit 2.4 0/0	7 soit 19.5 0/0
Abolition. .	14 soit 27.4 0/0	4 soit 9.6 0/0	6 soit 16.6 0/0

Et avec le second groupe :

	Première période.	Seconde période.	Troisième période.
Exagération.	12 soit 38.7 0/0	16 soit 3.3 0/0	10 soit 32.2 0/0
Affaiblisse-			
ment. . .	5 soit 16 0/0	1 soit 3.3 0/0	6 soit 19.3 0/0
Abolition. .	5 soit 16 0/0	3 soit 9.9 0/0	4 soit 12.5 0/0

Si les résultats de nos deux groupes concordent entre eux, ils sont loin de concorder de même avec ceux de M. Renand et de M. Briand, les deux seuls auteurs, à ma connaissance, qui aient étudié, avec chiffres à l'appui, la nature des modifications du réflexe patellaire dans la paralysie générale. Il est vrai que ces auteurs, ainsi que je l'ai déjà signalé plus haut, n'ont pas tenu compte des affaiblissements. Quoi qu'il en soit, ils aboutissent à des conclusions diamétralement opposées. M. Renand formule ainsi la sienne : « Les réflexes tendineux sont exagérés au début de la paralysie générale ; cette exagération tend à faire place à l'abolition à mesure que les processus pathologiques se généralisent et que la démence progresse. » Et M. Briand : « En ce qui concerne l'évolution des réflexes tendineux, l'exagération va en s'accroissant, l'abolition va en diminuant avec les progrès de la maladie. » Il serait difficile d'être en plus complète contradiction. Eh bien ! nous, nous nous trouvons, à notre tour, en contradiction avec tous les deux. En suivant les mêmes sujets à travers toutes les phases de la maladie, nous avons constaté, relativement à l'exagération et à l'abolition, les deux seules modifications dont M. Renand et M. Briand aient tenu compte, que celle-là croissait en fréquence de la première à la seconde période où elle atteignait son maximum, puis, brusquement, à la troisième période, tombait à son minimum. M. Renand est donc dans le vrai quand il soutient que c'est à la phase terminale de la paralysie générale que l'exagération est la moins fréquente et M. Briand se trompe en avançant le contraire ; mais M. Renand est dans l'erreur en formulant sa loi générale, car à la seconde période de la maladie, alors que les processus pathologiques sont, sans conteste, plus généralisés et que la démence a plus progressé, les réflexes exagérés sont, nonobstant, plus fréquents qu'à la première

période. A l'inverse de l'exagération, c'est à la seconde période, d'après nos constatations, que l'abolition serait le plus rare et à la première qu'elle le serait le moins ; à la troisième, elle serait d'une fréquence plus grande qu'à la seconde, mais moindre qu'à la première. On voit combien tout cela est peu conforme aux lois générales si simples, mais en même temps si contradictoires, formulées par ces deux aliénistes. Quant aux affaiblissements, qu'ils ont négligés, nos résultats les montrent plus fréquents à la troisième période qu'à toute autre et moins fréquents à la seconde. En résumé, si, négligeant les termes intermédiaires et limitant notre appréciation aux deux extrêmes, nous voulions, nous aussi, formuler une loi générale relative aux modifications du réflexe patellaire, nous dirions : « Dans la paralysie générale, le maximum des exagérations et le minimum soit des affaiblissements, soit des abolitions, se rencontrent à la seconde période, tandis qu'à la première période se trouve le maximum des abolitions et à la troisième période, le maximum des exagérations, en même temps que le maximum des affaiblissements. »

Le rapport de ces modifications de nature avec seulement le chiffre total des anormaux, nous donne, pour le premier groupe :

	Première période.	Seconde période.	Troisième période.
Exagération.	17 soit 47.2 0/0	23 soit 82 0/0	10 soit 43.4 0/0
Affaiblissement.	5 soit 13.8 0/0	1 soit 3.5 0/0	7 soit 30.4 0/0
Abolition.	14 soit 38.8 0/0	4 soit 14 0/0	6 soit 26 0/0

Et pour le second groupe :

	Première période.	Seconde période.	Troisième période.
Exagération.	12 soit 54.5 0/0	16 soit 80 0/0	10 soit 50 0/0
Affaiblissement.	5 soit 22.7 0/0	1 soit 5 0/0	6 soit 30 0/0
Abolition.	5 soit 22.7 0/0	3 soit 15 0/0	4 soit 20 0/0

Le rapport limité aux seuls anormaux vient donc confirmer pleinement la loi que nous avons formulée plus haut. Quant aux degrés divers présentés par les exagérations aux diverses périodes, simples ou accusées, ils ont été tels qu'il est présenté aux deux tableaux suivants, dressés par rapport au chiffre total des réflexes patellaires à chaque période.

Le premier groupe :

	Première période.	Seconde période.	Troisième période.
Exagérés. . .	9 soit 17.6 0/0	16 soit 39 0/0	5 soit 13.8 0/0
Très exagérés.	8 soit 15.7 0/0	7 soit 17 0/0	5 soit 13.8 0/0

Le second groupe :

	Première période.	Seconde période.	Troisième période.
Exagérés. . .	7 soit 22.5 0/0	11 soit 37.7 0/0	5 soit 16.1 0/0
Très exagérés.	5 soit 16.2 0/0	5 soit 16.6 0/0	5 soit 16.1 0/0

Pour mieux nous éclairer, recherchons ce que donne le rapport avec les seuls anormaux.

Pour le premier groupe :

	Première période.	Seconde période.	Troisième période.
Exagérés. . .	9 soit 25 0/0	16 soit 57 0/0	5 soit 22.7 0/0
Très exagérés.	8 soit 22.2 0/0	7 soit 25 0/0	5 soit 22.7 0/0

Pour le second groupe :

	Première période.	Seconde période.	Troisième période.
Exagérés. . .	7 soit 31.8 0/0	11 soit 55 0/0	5 soit 25 0/0
Très exagérés.	5 soit 22.7 0/0	5 soit 25 0/0	5 soit 25 0/0

Tous ces tableaux concourent à établir que le maximum de fréquence des exagérations marquées se produit à la seconde période, qui est précisément celle où nous avons constaté que le réflexe avait la tendance la plus grande à s'exagérer ; ce fait est donc très naturel. De même, trois de nos quatre tableaux établissent que la fréquence de ces exagérations marquées décroît parallè-

lement à la tendance de ce réflexe à s'exagérer, de telle sorte que pour tous les deux on peut classer ainsi qu'il suit les périodes : deuxième, première, troisième. On est donc autorisé à poser en principe que, dans la paralysie générale, le degré d'exagération du réflexe patellaire est toujours proportionné au degré de fréquence de cette exagération. Les affaiblissements et abolitions donnent, eux, les résultats suivants. Par rapport au chiffre total des réflexes à chaque période, le premier groupe :

	Première période.	Seconde période.	Troisième période.
Affaiblis. . . .	4 soit 7.6 0/0	1 soit 2.4 0/0	3 soit 8.5 0/0
Très affaiblis. .	1 soit 1.9 0/0	0 soit 0 0/0	4 soit 11 0/0
Abolis. . . .	14 soit 27.4 0/0	4 soit 9.6 0/0	6 soit 1.6 0/0

Et le second groupe :

	Première période.	Seconde période.	Troisième période.
Affaiblis. . . .	4 soit 12.8 0/0	1 soit 3.3 0/0	3 soit 9.6 0/0
Très affaiblis. .	1 soit 3.2 0/0	0 soit 0 0/0	3 soit 9.6 0/0
Abolis. . . .	5 soit 16 0/0	3 soit 9.9 0/0	4 soit 12.5 0/0

Sans qu'il soit nécessaire de recourir au pourcentage par rapport aux seuls anormaux et par rapport aux divers affaiblissements entre eux, les chiffres peu élevés de ceux-ci permettant de saisir facilement leur fréquence relative avec les deux tableaux précédents, nous voyons clairement que les divers degrés d'affaiblissement du réflexe patellaire obéissent à la même loi que les divers degrés d'exagération de ce réflexe ; pour l'une comme pour l'autre de ces deux modifications, l'intensité croît ou décroît parallèlement à la fréquence de l'altération. Il y a donc là une loi générale à établir. Enfin, en ce qui concerne les inégalités, nous avons, pour le premier groupe :

	Première période.	Seconde période.	Troisième période.
Inégalitéssimples	5 soit 9.5 0/0	0 soit 0.0 0/0	1 soit 2.7 0/0
Inégalités différencielles. . .	1 soit 1.9 0/0	1 soit 2.4 0/0	1 soit 2.7 0/0
Total.	6 soit 11.4 0/0	1 soit 2.4 0/0	2 soit 5.4 0/0

Et pour le second groupe :

	Première période.	Seconde période.	Troisième période.
Inégalités simples	5 soit 16 0/0	0 soit 0 0/0	1 soit 3.2 0/0
Inégalités différentielles. . .	1 soit 3.2 0/0	1 soit 3.3 0/0	1 soit 3.2 0/0
Total.	6 soit 19.2 0/0	1 soit 3.3 0/0	2 soit 6.4 0/0

Ces faibles chiffres, dont la portée sante aux yeux, nous dispensent de recourir à d'autres tableaux. Ceux-ci suffisent à établir que la fréquence des inégalités en général pour le réflexe patellaire ne va pas en diminution progressive de la première à la dernière période, ainsi que nous l'avons relevé avec le crémasterien. Ici cette fréquence a sans doute son maximum à la première période, mais le minimum se produit à la seconde. Si nous pénétrons dans le détail, nous voyons qu'il en est exactement de même pour les inégalités simples, tandis que la fréquence des inégalités différentielles reste la même à toutes les phases de la maladie. Ces inégalités ont porté cinq fois sur les affaiblissements, trois fois sur les exagérations et une fois sur les abolitions.

II

Les modifications du réflexe patellaire que nous venons de passer en revue ont été rattachées par différents auteurs à divers états physiques ou mentaux. Le premier, M. Seppili, a cru voir un rapport entre elles et les manifestations délirantes, sans apporter à l'appui de son opinion ni observations ni chiffres ; il a avancé que l'affaiblissement était en rapport avec la dépression mentale, l'exagération avec l'exaltation. Son compatriote M. Bianchi, peu après, se rangea à cet avis, et aussi en France M. Rouillard. M. Renard avec raison ne partage pas cette manière de voir. Il a pu isoler 66 paralytiques généraux présentant un délire expansif typique et 41 malades en état de dépression (mélancoliques hypocon-

driaques) et voici les résultats auxquels il est arrivé :

	Forme expansive.	Forme dépressive.
Exagération	43 fois soit 66 0/0	28 fois soit 68 0/0
Abolition	14 fois soit 21 0/0	6 fois soit 15 0/0
Conservation.	9 fois soit 13 0/0	7 fois soit 17 0/0

Résultats, conclut M. Renaud, qui nous font voir que les réflexes étant exagérés dans la grande majorité des cas, la proportion reste la même dans les cas de délire expansif ou dépressif, c'est-à-dire 66 à 68 p. 100, et que cette théorie est l'effet d'un hasard ou l'aboutissant des spéculations psychologiques de M. Bianchi.

Que répondent à cela nos observations suivies durant toutes les phases de la maladie ? Le total de nos réflexes patellaires s'élevait, nous avons vu, à 128, qui se décomposaient en 41 normaux et 87 anormaux, ce dernier comprenant 50 exagérations, 13 affaiblissements et 24 abolitions. Or, avec nos observations détaillées, dont l'utilité et l'importance éclatent ici, observations que nous nous proposons de publier plus tard *in extenso*, comme l'état mental aussi bien que physique a été noté en regard de chaque modification des réflexes, il n'y a qu'à les parcourir pour dresser un tableau exact de celles-ci selon la nature expansive, dépressive ou purement démentielle de l'altération psychique. Voici ce tableau :

	Forme expansive.	Forme dépressive.	Forme démentielle
Normaux.	21 soit 31.8 0/0	5 soit 21.7 0/0	15 soit 38.5 0/0
Exagérés	29 soit 44 0/0	12 soit 52.3 0/0	9 soit 23 0/0
Affaiblis	7 soit 10.6 0/0	2 soit 8.7 0/0	4 soit 10.3 0/0
Abolis.	9 soit 13.6 0/0	4 soit 17.3 0/0	11 soit 28.2 0/0
Totaux.	66	23	39

Ainsi nous aboutirons à un résultat absolument opposé à la doctrine formulée par M. Seppili et défendue par M. Bianchi et M. Rouillard : les réflexes exagérés sont plus fréquents de 8.3 p. 100 dans la forme dépressive que dans la forme expansive. *A priori* même ne

devait-il pas en être ainsi, étant donné l'inhibition exercée par le cerveau, au dire de tous, sur les réflexes de la moelle? Si cela est exact, il est évident que le contraire de l'assertion de ces auteurs doit être la vérité et ce fait est confirmé par M. Renaud en dehors de la paralysie générale. Sur les conseils de son maître, M. Ballet, il a pris à la clinique tous les aliénés présentant un état de dépression bien caractérisé (mélancoliques, hypochondriaques, etc.), et il a trouvé sans exception, chez tous les malades au nombre de 12, des réflexes exagérés; chez quatre d'entre eux, l'exagération était même très accentuée. Ceci nous paraît logique, assure cet auteur, car ces aliénés, absorbés par leurs conceptions délirantes, ne réagissent pas aux impressions venant du monde extérieur, et leur cerveau, distrait en partie de ses fonctions, n'exerce plus sur la moelle son pouvoir inhibiteur. Je conclurai donc en disant qu'à l'inverse de ce qu'ont avancé M. Seppili et M. Bianchi, c'est dans la forme dépressive de la paralysie générale que le réflexe patellaire est le plus souvent exagéré.

Une autre opinion qui jusqu'ici, à ma connaissance tout au moins, ne paraît pas avoir été contrôlée, est celle de M. Schaw, qui prétend que, quand les réflexes tendineux sont exagérés, les troubles de la parole sont à leur maximum. Nos observations détaillées, dans lesquelles l'état physique est minutieusement mis en regard des réflexes, vont nous permettre encore de nous éclairer sur ce point. Voici ce qu'elles nous apprennent relativement à la répartition à cet égard de nos 28 réflexes patellaires:

	Embarras modéré.	Embarras marqué.	Embarras extrême.
Normaux .	6 soit 21.4 0/0	20 soit 33.6 0/0	15 soit 36.5 0/0
Exagérés .	15 soit 53.5 0/0	24 soit 40.6 0/0	11 soit 26.8 0/0
Affaiblis .	1 soit 3.5 0/0	5 soit 8.4 0/0	7 soit 17 0/0
Abolis. .	6 soit 21.4 0/0	10 soit 16.8 0/0	8 soit 19.5 0/0
Totaux. .	28	59	41

De telle sorte que, loin de confirmer la doctrine de M. Schaw, nos chiffres établissent une doctrine tout opposée. Ils ne se bornent pas à nier que, quand les réflexes patellaires sont exagérés, les troubles de la parole sont à leur maximum ; ils démontrent en outre que l'exagération de ces réflexes décroît de fréquence à mesure que l'embarras de la parole s'accroît, et que ce sont les affaiblissements qui, au contraire, croissent parallèlement. Ici encore ce résultat ne pouvait-il être prévu ? Certes, oui. Au milieu des multiples divergences des observateurs, il est un point sur lequel, par extraordinaire, l'accord est absolu, c'est que le minimum des exagérations du réflexe patellaire se trouve à la troisième période ; or, n'est-il pas de connaissance commune que précisément cette troisième période se caractérise, entre autres choses, par un embarras excessif de la parole jusqu'à rendre celle-ci inintelligible ?

La même observation s'impose à propos de l'opinion de M. Fergusson, qui attribue l'exagération du réflexe patellaire à la suppression de l'influence cérébrale modératrice. L'intensité des réflexes, dit cet observateur, est en rapport exact avec l'intensité des lésions cérébrales. Si M. Fergusson était dans le vrai, l'exagération devrait donc être à son maximum à la troisième période, alors que, de l'avis unanime, elle est à son minimum. Le médecin américain a encore avancé une autre opinion. D'après lui, le pronostic est d'autant pire que le réflexe s'exagère à une période plus précoce de la maladie, et que cette exagération est accentuée. Sur 11 cas de paralysie générale qu'il a eu l'occasion d'observer, ce sont ceux dans lesquels le réflexe rotulien s'est trouvé augmenté de bonne heure qui ont le plus mal tourné et ont évolué le plus vite ; plus rapide a été l'accentuation des réflexes, plus active a été la marche des modifications cérébrales ; même, dans un cas, il ne s'est écoulé qu'une

année du début à la mort, et dans un autre cas, dix-huit mois. Personne, que je sache, n'a contrôlé cette opinion du médecin américain, que nos observations détaillées vont nous permettre d'apprécier. De nos dix-sept sujets, neuf ont présenté une exagération manifeste du réflexe rotulien, dès leur premier examen, immédiatement après leur entrée ; de ces neuf malades, cinq avaient de la simple exagération et quatre une exagération excessive. Comment a évolué la maladie dans ces deux cas ? Deux des cinq à réflexes simplement exagérés, malades depuis quatre ans au moins, sont toujours en vie ; les trois autres sont morts au bout de trois ans, deux ans et dix-huit mois. La marche de la paralysie générale n'a pas été différente chez les quatre où, dès le début, l'exagération s'était montrée excessive ; en effet, l'un, malade depuis quatre ans, est toujours en vie, et les trois autres sont morts après trois ans, deux ans et un an. Qu'y a-t-il là de particulier, et n'est-ce pas le résultat très probable qu'on obtiendrait en prenant neuf cas de paralysie générale en dehors de toute exagération du patellaire ? Les huit autres cas restant de nos observations nous le prouveront. De ces huit sujets, trois ont eu d'emblée le réflexe rotulien aboli ; or, si l'un a mis trois ans à succomber, et si un autre, après deux ans et demi de maladie, est encore en vie, le troisième est mort après dix-huit mois. Quant aux cinq qui eurent le réflexe normal lors de nos premières investigations, deux sont toujours en vie après trois ans et demi et deux ans et demi de maladie, et les trois autres sont décédés, l'un après quatre ans et deux après deux ans. Il me semble, après cela, que l'évolution de la paralysie générale ne diffère guère, que le réflexe patellaire soit au début normal aboli ou exagéré.

Avec M. Gustave Renand, la question se pose diffé-

remment. C'est la conservation du réflexe rotulien qu'il envisage, et, pour lui, cette conservation serait toujours en rapport avec un minimum de signes physiques. Mais l'auteur se charge lui-même de réfuter une telle assertion, puisqu'il estime à 8.9 p. 100 le degré de fréquence de la conservation de ce réflexe à la première période, et à 14 p. 100, près du double, sa conservation à la troisième période. Ainsi, de l'aveu de M. Renand, le réflexe patellaire est bien plus souvent normal à la phase ultime qu'à la phase initiale de la maladie; comment avance-t-il dès lors que cette conservation coïncide avec un minimum de signes physiques? Nous avons vu plus haut que, d'après nos observations détaillées, la fréquence du réflexe normal croît avec l'évolution de l'affection paralytique, comme l'indiquent les chiffres mêmes de M. Renand, que nous venons de rappeler; en conséquence, il est impossible de s'arrêter à la théorie qu'il propose et qui est en complète contradiction avec ses propres constatations.

Bien plus fondée serait, à mon avis, l'opinion de M. Briand, que dans les rémissions il y a, en règle générale, persistance d'altérations marquées dans l'état des réflexes. Le fait signalé par mon collègue de Villejuif est surtout intéressant quand la rémission porte d'une façon à peu près complète sur les troubles physiques. A cet égard, deux de mes observations sont très concluantes. Dans une, à la date du 6 février, une amélioration considérable s'était produite au point de vue somatique: l'embarras de la parole avait beaucoup diminué; le mâchonnement avait complètement disparu; le tremblement fibrillaire exigeait, pour être perçu, une attention soutenue; les désirs vénériens avaient reparu et s'accompagnaient de rêves érotiques avec pertes séminales, et néanmoins les trois réflexes restèrent abolis. La rémission s'accrut de plus en plus, si bien qu'en juin les dé-

sordres physiques avaient à peu près complètement disparu et toutes les sensibilités étaient redevenues normales, et il en était de même du côté psychique, de telle sorte que le sujet pouvait paraître guéri; or, si le patellaire fut alors normal, le pharyngien et le crémastérien à gauche restèrent abolis et celui-ci affaibli à droite. Dans une seconde observation également on trouve la confirmation de l'opinion de M. Briand. En février, se déclare une amélioration considérable de l'état physique: l'embarras de la parole est à peine perceptible, la marche et le tact normaux, les désirs vénériens très accusés. De même l'état mental est complètement transformé: le sujet non seulement ne délire plus, mais il est conscient de ses absurdités mégalomaniaques passées et il en rit; or, si là encore le patellaire est normal, le pharyngien et le crémastérien sont abolis. La rémission s'accuse encore, quatre mois après que tous les signes physiques avaient disparu, et au point de vue mental, sauf une satisfaction exagérée et une gaieté peu en rapport avec le milieu, l'intelligence était normale. Or, à ce moment, c'était le crémastérien qui avait repassé à l'état normal, tandis que le patellaire était très exagéré et le pharyngien affaibli.

Les attaques apoplectiformes et épileptiformes ont donné lieu également à des assertions discutées dans leurs rapports avec les modifications du réflexe patellaire. M. Mickle, le premier, prétendit que l'abolition était la règle dans les secondes et l'exagération dans les premières; il est vrai qu'il n'apportait aucun fait à l'appui de son assertion. M. Mickle trouva un défenseur en M. Sehaw et un contradicteur en M. Spitzka qui, de dix-huit cas, nia catégoriquement ses conclusions, qui furent d'un autre côté non pas niées mais renversées par M. Mérigot de Treigny, cet observateur ayant constaté l'abolition dans les attaques apoplectiformes et l'exagé-

ration dans les épileptiformes. Il y en a donc, comme on dit, pour tous les goûts. Mes observations sont-elles pour MM. Mickle et Schaw, pour Spitzka ou pour M. Méricot de Treigny? Je ne me prononcerai pas, ainsi que je l'ai fait jusqu'à présent, pour les autres opinions que nous venons de passer en revue, car l'état des réflexes n'a pas été constaté au moment même où se produisaient les divers accidents congestifs. C'est un travail que je poursuis en ce moment et les éléments d'appréciation que je possède ne sont pour l'instant ni assez nombreux ni assez probants pour autoriser une conclusion. Je demande donc à réserver mon avis jusqu'à un travail ultérieur sur l'état des réflexes dans les diverses variétés de congestions cérébrales chez les paralytiques généraux.

Enfin, il n'est pas jusqu'à l'étiologie qui n'ait été invoquée dans ses rapports avec les modifications du réflexe patellaire. M. Mickle encore a avancé que l'exagération était le propre des syphilitiques et l'abolition des alcooliques. M. Gustave Renaud n'est pas tendre pour cette opinion, qu'il appelle franchement absurde. Il est regrettable, dit-il, que M. Mickle n'ait pas donné de chiffres à l'appui de son assertion, il aurait été intéressant de pouvoir constater sur quel terrain il édifiait cette curieuse hypothèse. M. Renaud n'a en garde de tomber dans l'omission qu'il reprochait au médecin anglais, et voici les chiffres qu'il apporte.

	Syphilitiques.	Alcooliques.
Exagération	43 soit 68.2 0/0	52 soit 66.6 0/0
Conservation.	11 soit 18.4 0/0	16 soit 20.5 0/0
Abolition.	9 soit 14.3 0/0	10 soit 12.8 0/0
Totaux	63	78

Chiffres qui montrent, conclut l'auteur, une fois de

plus le néant de toutes les théories basées sur autre chose que ce que l'anatomie et la physiologie pathologique nous enseignent. Cependant, tout au moins pour les alcooliques, l'opinion de M. Mickle vient de recevoir une sorte de confirmation de la part de M. Déricq. Ce jeune aliéniste nous apprend qu'en compulsant 87 observations, prises jadis par pure curiosité scientifique, partant offrant toutes garanties de sincérité, il vient de s'apercevoir que celles qui coïncident pour la diminution ou la paresse des réflexes, coïncident *toutes* également pour les antécédents alcooliques. Pour ma part, si je me reporte aux faits détaillés que j'ai recueillis, je ne puis que m'associer à M. Renaud, et même plus encore. Il est vrai que ma statistique ne porte que sur dix syphilitiques et seulement trois alcooliques purs de toute syphilis, puis aussi que tous mes dix syphilitiques, un peu plus ou un peu moins, avaient été loin d'être sobres.

Ces réserves avouées, je dirai que j'arrive cette fois encore, en partie tout au moins, à l'opposé de M. Mickle : fréquence plus grande des exagérations chez les alcooliques, et fréquence moins grande toutefois des abolitions chez les syphilitiques ; qu'on en juge :

	Syphilitiques.	Alcooliques.
Conservation	35 soit 46.5 0/0	5 soit 27 0/0
Exagération.	24 soit 31.3 0/0	8 soit 44.2 0/0
Affaiblissement.	8 soit 10.4 0/0	2 soit 12 0/0
Abolition.	9 soit 11.8 0/0	3 soit 16.8 0/0
Totaux	76	18

Le résultat ne change pas, si nous réunissons ensemble les affaiblissements et les abolitions pour en faire un seul total, car nous obtenons aussi un ensemble de 22,2 p. 100 en faveur de la réduction du réflexe patellaire chez les syphilitiques et de 38.8 chez les alcooliques.

ques. A en juger donc par mes résultats, ce qui distingue les modifications du réflexe rotulien chez ceux-ci et ceux-là, c'est chez les buveurs une fréquence plus grande des altérations de toute nature.

Je suis surpris, puisqu'on était en train de chercher ainsi des rapports entre les modifications du réflexe patellaire et les divers états psychiques ou physiques présentés par les paralytiques généraux, que personne n'ait pensé à rattacher ces modifications à celles de la sensibilité. J'ai pensé qu'il serait peut-être intéressant de rechercher ce que contiennent à cet égard nos observations, et voici ce que nous avons trouvé : 126 fois, il nous a été possible de nous bien assurer de la sensibilité à la douleur, au moment où nous examinions le réflexe rotulien ; 52 fois, cette sensibilité était normale, soit dans la proportion de 41.6 p. 100 ; 44 fois, elle était plus ou moins abolie ; nous n'avons pas cru, pour ne point compliquer la question, devoir entrer dans les nuances d'aucune des modifications ; soit donc, en bloc, une proportion d'affaiblissement de 36 p. 100 ; 22 fois il y eut anesthésie totale, soit dans la proportion de 17.6 p. 100, et, enfin, 6 fois seulement hyperalgésie, soit dans la proportion de 4.8 p. 100. Ainsi, chez nos paralytiques généraux, cette dernière modification de la sensibilité à la douleur a été non seulement rare, mais encore exceptionnelle, tandis que l'état normal a été le plus fréquent et l'anesthésie complète moins fréquente que le simple affaiblissement. Eh bien ! par rapport à ces divers modes de la douleur, les 125 réflexes se répartissent comme suit :

	Normal.	Affaiblissement.
Conservation	14 soit 26.9 0/0	18 soit 4.0 0/0
Abolition	13 soit 25 0/0	7 soit 15.5 0/0
Exagération	21 soit 40.3 0/0	16 soit 35.7 0/0
Affaiblissement	4 soit 7.8 0/0	3 soit 8.8 0/0

	Analgésie.	Hyperalgésie.
Conservation	8 soit 36.3 0/0	2 soit 33.3 0/0
Abolition	4 soit 18 0/0	2 soit 33.3 0/0
Exagération	7 soit 31.8 0/0	2 soit 33.3 0/0
Affaiblissement	3 soit 13.9 0/0	0 .

Donc, d'après nos observations, le réflexe patellaire est plus fréquemment altéré quand la sensibilité est normale que quand elle est abolie et surtout que quand elle est affaiblie; il est donc de toute impossibilité de rattacher les altérations de celui-ci aux altérations de celle-là. Si nous pénétrons dans le détail, nous voyons que seul l'affaiblissement du réflexe rotulien s'est accru, et encore dans d'assez faibles limites, avec l'altération de la sensibilité et sa disparition; quant à l'abolition et à l'exagération, elles ont été bien plus fréquentes avec la sensibilité normale qu'éteinte ou éteinte. Je ne m'arrêterai pas aux hyperalgésies, les six uniques cas rencontrés se partageant également en réflexes normaux abolis et exagérés.

Serons-nous plus heureux avec la sensibilité tactile? Moins encore. Tout d'abord nous n'avons pu, par suite de l'état mental des sujets, relever la sensibilité tactile que dans 85 cas; or, de ces 85 cas, 68 étaient normaux, soit l'énorme proportion de 80 p. 100; ainsi chez nos paralytiques généraux le tact fut trouvé deux fois moins fréquemment modifié que la douleur. Cela prouve déjà amplement qu'il n'est possible d'établir aucun rapport entre les modifications du réflexe patellaire et celles de la sensibilité tactile. Il y a ensuite dix affaiblissements du tact, soit 10.50 p. 100, quatre abolitions, soit 4.7 p. 100 et trois hyperesthésies, soit 3.5 p. 100. Voici, néanmoins, à titre de curiosité le tableau détaillé :

	Normal.	Affaiblissement.
Abolition	16 soit 23.5 0/0	1 soit 10 0/0
Exagération	24 soit 35.2 0/0	6 soit 60 0/0
Affaiblissement	3 soit 4.4 0/0	1 soit 10 0/0
Conservation	25 soit 36.9 0/0	2 soit 20 0/0

	Anesthésie.		Hyperesthésie.
Abolition.	0		1 soit 33.3 0/0
Exagération	2 soit 50	0/0	1 soit 33.3 0/0
Affaiblissement.	0		1 soit 33.3 0/0
Conservation.	2 soit 50	0/0	0

Après toutes ces vérifications, il semble logique de se ranger à l'opinion de M. de Krafft-Ebing et de M. Schüle, qui soutiennent que l'état des réflexes tendineux est très variable, sans rien de constant et sans possibilité jusqu'à présent de le rapprocher ni du caractère ni de l'intensité des lésions cérébrales de la paralysie générale.

De cette étude nous tirerons les conclusions suivantes :

I. — Dans la paralysie générale, le patellaire est bien plus souvent anormal que normal.

II. — L'altération de beaucoup la plus fréquente est l'exagération.

III. — Comparativement à l'exagération, les abolitions sont rares et les affaiblissements plus rares encore.

IV. — Les exagérations modérées l'emportent en fréquence sur les exagérations marquées, et il en est de même pour les affaiblissements.

V. — Les inégalités d'altération à droite et à gauche, bien que plus fréquentes avec le patellaire qu'avec le crémastérien, sont encore assez rares et les inégalités simples sont deux fois plus fréquentes que les différentielles.

VI. — Le réflexe patellaire est plus souvent altéré à la première qu'à la seconde et à la seconde qu'à la troisième période.

VII. — Le maximum de fréquence des exagérations et le maximum, soit des affaiblissements, soit des abolitions, se rencontrent à la seconde période, tandis qu'à la

première se trouve le maximum des abolitions et à la troisième, le minimum des exagérations, en même temps que le maximum des affaiblissements.

VIII. — Le degré d'intensité des diverses altérations, en plus ou en moins, du réflexe patellaire est, aux diverses périodes, en rapport direct avec le degré de fréquence de ces diverses altérations.

IX. — Les inégalités d'altération à droite et à gauche ne sont pas en diminution progressive de la première à la dernière période, comme pour le crémastérien; le minimum de fréquence a bien lieu à la première, mais le maximum se trouve à la seconde. Il en est de même pour les inégalités simples, tandis que la fréquence des inégalités différentielles reste la même durant toutes les phases de la maladie.

X. — C'est dans la forme dépressive de la paralysie générale que le réflexe patellaire est le plus souvent exagéré.

XI. — L'exagération du réflexe patellaire est, au point de vue de la fréquence, en raison inverse des troubles de la parole.

XII. — Cette exagération n'est pas due à la suppression de l'influence cérébrale, puisqu'elle a son minimum de fréquence à la dernière période où cette suppression est au contraire à son maximum.

XIII. — La période des altérations du réflexe patellaire n'a aucune valeur au point de vue du pronostic.

XIV. — Il n'est pas exact de dire que la conservation du réflexe patellaire est toujours en rapport avec un minimum de signes physiques, puisque cette conservation est plus fréquente à la troisième période qu'aux deux autres.

XV. — Il n'est pas rare que, dans les rémissions, les altérations du patellaire persistent alors même que les signes physiques se sont considérablement amendés au

point même de pouvoir passer inaperçus. Il y a là un élément important à rechercher qui établit que la guérison n'est qu'apparente.

XVI. — Chez les buveurs, comparés aux syphilitiques, le réflexe patellaire serait plus souvent altéré, soit en plus, soit en moins.

XVII. — Il n'est pas possible d'établir un rapport quelconque entre les altérations du réflexe patellaire et les troubles de la sensibilité à la douleur et du tact.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
SUR LA PARENTÉ
DES NÉVROSES ET DES PSYCHOSES

Par le Dr René SERRIGNY,

Interne de la clinique des maladies mentales de Bron (Rhône).

Suite et fin (1).

Dans le précédent numéro des *Annales*, nous avons rapporté l'observation de deux malades, atteintes de la névrose connue sous le nom d'hystérie et dont la cause nous avait paru, en dernière analyse, devoir être attribuée à une intoxication.

Il nous a été permis de suivre de très près l'une de ces malades, et, aujourd'hui, nous pouvons confirmer l'hypothèse que nous avons avancée.

Voici, brièvement résumée, la suite de l'observation de M^{lle} X..., depuis le 1^{er} septembre 1897.

1^{er} septembre. — Depuis trois jours, la malade est dans un état semi-cataleptique, mais sans contractures, ni convulsions.

Les réflexes sont généralement abolis, soit les tendineux, soit les réflexes d'origine sensitive. C'est à peine si le réflexe palpébro-conjonctival est esquissé.

Les yeux sont fermés ; en entr'ouvrant de force les paupières, on voit que la malade a les yeux convulsés en haut ; mais cette position est volontaire, comme si elle cherchait à fuir la lumière.

Pas de mouvement.

La réaction à la piqure est nulle ; l'anesthésie paraît générale et complète pour tous les modes de sensibilité.

Pas d'ovarie.

(1) Voir le numéro des *Annales* de janvier-février 1898.

Il existe du trismus, mais volontaire, car il n'est pas constant.

Gâtisme absolu.

M^{lle} X... ne se nourrit pas. C'est à grand'peine qu'on peut lui faire prendre un litre de lait dans la journée, que les infirmières lui versent dans la bouche par cuillerées.

2 septembre. — Brusquement la malade s'est levée, a couru en chemise dans la salle en riant et en ériant.

Dans la journée, épistaxis spontané et assez abondant.

3 septembre. — M^{lle} X... présente à la visite des contractions à peu près généralisées. Les membres supérieurs et inférieurs sont raides; le corps est presque en opisthotonos.

Trismus intense.

4 septembre. — L'état convulsif a disparu et la malade est retombée dans l'état où elle se trouvait il y a une huitaine de jours.

1^{er} octobre. — Cet état a persisté sans amélioration aucune. Au contraire, M^{lle} X... présente un amaigrissement très rapide et considérable; elle ne s'alimente plus du tout. Aussi est-on forcé de lui donner des lavements alimentaires, le mauvais état général contre-indiquant la nourriture par la sonde.

Les règles n'ont toujours pas reparu.

Depuis quelques jours, expectoration assez abondante mais sans toux. Tous les soirs, il existe une légère élévation de température.

5 octobre. — Les crachats sont jaunâtres, visqueux, à peu près nummulaires.

Aux poudrons, la percussion révèle une légère résistance au doigt au sommet gauche. Submatité douteuse.

L'auscultation ne révèle aucun signe stéthoscopique net.

La malade se plaint et gémit sans cesse. Couchée en « chien de fusil » et sur le côté, elle a les deux mains appuyées sur son ventre qu'elle défend à l'exploration avec opiniâtreté. Le moindre contact sur l'abdomen provoque des cris de douleur.

Traitement : applications calmantes.

T. le soir : 39°,3.

Mutisme absolu.

Mauvaise mine; M^{lle} X... a la physionomie abattue; les yeux sont caves, les pommettes rouges, les lèvres et les dents fuligineuses; les gencives saignent facilement.

On pratique l'examen microscopique des crachats et l'on y découvre une énorme quantité de bacilles de Koch.

Lavements créosotés.

8 octobre. — L'examen attentif de la malade et l'auscultation minutieuse des poumons ne révèlent pas de signes bien nets de tuberculose. C'est à peine si au sommet gauche on trouve une respiration plus rude qu'à droite.

Le ventre est toujours douloureux au contact, mais la malade se plaint beaucoup moins.

11 octobre. — Diarrhée très fétide.

18 octobre. — Légère hémoptysie et épistaxis.

S'alimente un peu mieux.

A ce moment nous perdons de vue M^{lle} X...; mais nous apprenons vers la fin de novembre, que le mauvais état n'a été qu'en empirant et qu'elle ne s'alimente toujours pas.

Elle est dans un état de cachexie avancé et voisin de la mort.

Au moment où nous observions M^{lle} X..., à son entrée à l'asile, faisant abstraction de la névrose elle-même, nous avions avancé que, chez cette malade, l'état convulsif relevait d'un état infectieux.

Quelle était l'origine de cette intoxication? Nous avions cru la trouver, et la trouver suffisante, dans l'aménorrhée d'une part, dans l'état gastro-intestinal d'autre part.

Certes nous avions de bonnes raisons pour considérer ces troubles organiques, alors les seuls manifestes, comme la cause des accès convulsifs de M^{lle} X.... Dirigé dans ce sens, le traitement était resté sans résultat. Indécis sur la cause réelle, nous commençons à croire que le point de départ du traitement institué, terme de notre observation, était faux.

Il n'en était rien et notre malade était bien réellement une intoxiquée.

A une santé médiocre, à un embonpoint relatif n'avaient pas tardé à succéder une déchéance organique rapide, un amaigrissement progressif, une perte considérable des forces, s'accompagnant de poussées vespérales de température.

Celles-ci s'étaient montrées déjà de temps à autre peu après l'arrivée de la malade à l'asile; mais leur apparition irrégulière, intermittente et coïncidant avec de la constipation, l'absence de signes stéthoscopiques, avaient empêché de rattacher ces exacerbations thermiques à leur véritable cause, et fait croire à des troubles toxiques d'origine intestinale. Aussi avait-on négligé un peu ce syndrome.

Bientôt ces ascensions du thermomètre étaient devenues plus constantes; chaque soir la température s'élevait à 38°, 5, 39 degrés, revêtant parfois le type inverse; quelques signes de vive souffrance abdominale, la position de la malade défendant avec opiniâtreté son ventre à l'examen, tous ces signes avaient attiré ailleurs notre attention et fait porter le diagnostic probable de péritonite tuberculeuse.

Aucun signe stéthoscopique précis n'existait, il est vrai, du côté des poumons. Toutefois une expectoration peu abondante, légèrement muco-purulente, ne s'accompagnant pas de toux, n'avait pas tardé à s'établir, et l'examen microscopique des crachats, révélant la présence de nombreux bacilles de Koch, avait démontré qu'il ne s'agissait pas d'une lésion localisée uniquement au péritoine.

Des lésions pulmonaires certainement très avancées, malgré leur silence, devaient exister à cette époque.

Notre hypothèse d'affection convulsive d'origine toxique se trouve donc confirmée.

Mais ici se pose une question, que nous avons supposée résolue jusqu'à présent, et qui domine tous les faits : Est-ce la tuberculose qui, chez M^{lle} X..., a été primitive, a déterminé l'aliénation et l'affection convulsive, ou bien l'infection bacillaire ne s'est-elle pas développée dans le service, après l'arrivée de la malade à l'asile ?

Cette dernière thèse pent jusqu'à un certain point être soutenable. La salle où se trouvait couchée M^{lle} X... comprenait 12 lits dont 2 ou 3 étaient occupés par des gâtenses. Aucune tuberculense ne se trouvait parmi les onze malades. L'unique phtisique du service était alitée dans une salle plus petite, située à quelque distance du premier dortoir et séparée de lui par un vestibule et un cabinet d'observation. Cette phtisique avancée ne se levait jamais ; les autres malades n'allaient vers elle, à part deux qui couchaient dans cette petite chambre, que dans des cas exceptionnels, car toutes la détestaient. C'était une persécutée qui tourmentait tout le monde. De plus les précautions d'assainissement et d'hygiène étaient prises autant que cela est possible dans un asile encombré.

Malgré cela, on peut toujours invoquer ce voisinage suspect, d'autant plus que M^{lle} X..., à son entrée, était une mélancolique tendant à la stupeur, c'est-à-dire une malade dont toutes les fonctions sont plus ou moins ralenties ; elle s'alimentait peu, digérait mal, vivait dans une atmosphère viciée, en un mot présentait toutes les conditions requises pour offrir au bacille un organisme tout préparé, un excellent bouillon de culture.

Cependant nous croyons que chez M^{lle} X... la tuberculose a été primitive et qu'elle portait en elle depuis longtemps le germe infectieux. Celui-ci préparait peu à peu son terrain, élaborait une petite quantité de toxines qui, en s'accumulant dans le sang, ont fait éclore les troubles nerveux et mentaux chez une malade fortement prédisposée. Ces troubles ont débuté par des crises convulsives auxquelles ont bientôt succédé les symptômes de la neurasthénio-mélancolie.

Cet état persiste jusqu'au jour où la malade est affaiblie par de mauvaises conditions hygiéniques ; les

germes infectieux se développent alors rapidement et sournoisement ; les troubles psychiques en subissent le contre-coup et augmentent parallèlement à la production des toxines.

Ce diagnostic de tuberculose primitive semble s'imposer si l'on tient compte du nombre considérable de bacilles découvert dans les crachats, nombre qui serait vraiment inadmissible chez une malade récemment infectée. Ajoutons-y l'amaigrissement, lent d'abord, mais progressif, puis très rapide ; la localisation péritonéale probable ; les légères poussées de température, assez fortes cependant pour être constatées de temps en temps dès l'arrivée de la malade à l'asile et rapportées à tort à de la constipation ; la longue durée de l'état cachectique qui s'expliquerait difficilement si l'invasion était de date récente : tous ces signes réunis plaident en faveur de la tuberculose primitive. Quant à l'absence de signes stéthoscopiques, elle n'a qu'une très minime valeur, les cas semblables n'étant pas très rares en clinique.

En terminant, rappelons à l'appui de notre thèse un cas analogue publié par le D^r Taty (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1895, p. 383). Notre observation semble calquée sur celle de notre collègue et ami, tant elle a d'analogie avec elle. Aussi sommes-nous persuadé que de tels cas ne sont pas rares dans la clinique mentale et qu'un plus grand nombre de malades internés trouveraient bénéfice à ce que l'affection somatique qui a déterminé leur aliénation fût mise au jour dès le début et traitée de parti pris.

Médecine légale

DE LA CRIMINALITÉ

CHEZ LES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE L'AVEYRON

PAR LES DOCTEURS

J. BANADIÉR,

Médecin directeur de l'asile
de Rodez.

et

A. FENAYROU,

Méd.-adj. de l'asile de Blois,
Ancien interne de l'asile de Rodez.

Suite (1).

ÂGE. — L'influence de l'âge sur la criminalité des aliénés de l'Aveyron n'offre aucune particularité spéciale à ce département, aussi n'y insisterons-nous pas. Nous nous bornerons à exposer en quelques mots les faits par lesquels elle se manifeste. Le groupe des aliénés dits criminels internés à l'asile de Rodez est en majorité composé d'adolescents et d'adultes ; il ne comprend qu'un petit nombre de vieillards, les enfants y sont l'exception. De plus, les crimes et les délits les plus graves sont l'œuvre des premiers ; vieillards et enfants n'ont guère à leur actif que des actes délictueux ou criminels d'un faible degré de gravité.

SEXE. — Les aliénés dits criminels de l'Aveyron, ainsi que le montre le premier tableau que nous avons donné au début de ce travail, se répartissent en proportion inégale entre les deux sexes. Les deux tiers environ appartiennent au sexe masculin ; le tiers restant au sexe féminin.

(1) Voir le numéro des *Annales* de janvier-février 1898.

Il n'y a pas seulement, suivant les sexes, une différence dans le taux de la criminalité, mais encore dans la gravité des actes criminels. Les crimes et délits qu'accomplit l'aliéné homme sont en général plus graves que ceux que commet l'aliéné femme. La plupart des attentats sérieux contre la vie des personnes, des homicides en particulier, ont pour auteurs des aliénés du sexe masculin. Les malades femmes tuent rarement; les actes de violence auxquels elles se livrent, consistent d'ordinaire en des coups ou des blessures de peu d'importance, elles ne commettent guère que des ébauches d'attentats contre les personnes. Leurs tendances nuisibles se traduisent plutôt par des incendies, c'est-à-dire par des actes n'exigeant pas un grand déploiement de force. Ce mode de criminalité est proportionnellement beaucoup moins fréquent chez l'homme. Parmi les 31 femmes appartenant au groupe des aliénés dits criminels dont nous venons de parler, 12, c'est-à-dire 40 p. 100 environ, avaient à leur actif un incendie ou une tentative d'incendie; par contre, il n'y avait que 11 incendiaires parmi les 65 aliénés dits criminels du sexe masculin, soit une proportion de 16 p. 100.

L'aliéné homme est donc plus souvent et plus gravement criminel, si l'on peut s'exprimer ainsi, que l'aliéné femme. Cette différence de nocuité n'est pas spéciale à nos malades; c'est un fait vrai d'une façon générale que l'homme est plus dangereux que la femme; nous n'insisterons pas sur ces causes; elles sont à peu près les mêmes dans l'Aveyron qu'ailleurs. Nous nous contenterons de mettre en relief les facteurs qui tendent à augmenter la nocuité des hommes et à diminuer celle des femmes, plus particulièrement dans ce département.

L'homme est naturellement plus porté que la femme à accomplir des actes délictueux ou criminels, parce que les influences morales que nous étudierons plus loin

agissent, en tant que causes de criminalité, beaucoup plus puissamment sur lui que sur elle. (Voir pages 236 et suivantes.)

La passivité habituelle de la femme tend à abaisser chez elle le taux de la criminalité. Confinée dans sa maison, elle n'a guère l'occasion de faire preuve d'initiative, d'énergie et d'activité ; elle ne saurait avoir d'autre volonté que celle de ses parents ou de son mari, qu'elle regarde comme des maîtres ; elle trouve tout naturel de faire chez elle l'office d'une servante non salariée, et ne conçoit même pas qu'elle puisse avoir un sort meilleur ; elle est habituée à obéir, à souffrir sans se plaindre, à se sacrifier. Dans ces conditions elle ne songe guère à réagir ; l'idée de la résistance, de la lutte, ne se présente que rarement à son esprit. Encore la timidité, la peur, le sentiment qu'elle a de sa faiblesse en empêchent-elles souvent la réalisation. Il en est ainsi, aussi bien chez les individus sains d'esprit que chez les aliénés.

Si, pour ces motifs, l'homicide est rare chez les malades femmes, en revanche, le suicide, dernière ressource du faible, de l'opprimé, est proportionnellement plus fréquent chez elles que chez les aliénés hommes. C'est ce que montre le tableau précité où sont mentionnées 17 tentatives de suicide, dont 12 ont été faites par des femmes.

PROFESSIONS. — La grande majorité des Aveyronnais est composée d'agriculteurs ; mais il n'est pas un paysan qui ne soit à son heure chasseur ou braconnier. Dans toute maison se trouve un fusil accroché au mur, à portée de la main, chacun sait le manier. L'aliéné, sollicité par son délire de commettre un acte criminel, a ainsi à sa disposition une arme meurtrière. Il en use souvent ; il est, en effet, à remarquer que, parmi les attentats contre les personnes commis par nos malades, un grand nombre ont été consommés à l'aide du fusil.

L'emploi de cette arme donne une gravité spéciale aux actes de violence accomplis par les aliénés dans l'Aveyron.

CARACTÈRES. MŒURS. — Envisagées au point de vue du caractère et des mœurs, les populations aveyronnaises forment un groupe sensiblement homogène. En effet, il n'y a pas, à cet égard, de différence bien tranchée entre les habitants des campagnes, d'une part, ceux des villes et ceux du bassin houiller de Decazeville et Aubin, d'autre part. La majorité des citadins et ouvriers mineurs, nés à la campagne où ils ont séjourné une partie de leur vie, ont subi, comme les véritables paysans, l'influence du milieu rural dans lequel s'est écoulée la première partie de leur existence. Cette influence s'est traduite dans la sphère morale chez les uns et chez les autres d'une façon identique. Le genre de vie, les mœurs, le caractère des gens parmi lesquels ils sont nés et se sont développés, ont déteint sur eux et ont donné à leur constitution intellectuelle et morale une physiologie particulière dont les traits se retrouvent, avec une netteté plus ou moins grande, il est vrai, chez les divers individus.

Parmi ces dispositions morales qui caractérisent les Aveyronnais, il en est qui exercent une influence manifeste sur la criminalité en général, et sur la criminalité des aliénés en particulier. Nous allons les passer en revue et étudier le mécanisme de leur action.

Nous mentionnerons tout d'abord la rudesse des manières. L'Aveyronnais n'apporte généralement pas, dans ses relations avec les personnes parmi lesquelles il vit, les formes, les raffinements qui sont la règle dans les milieux plus cultivés. Il est dur pour lui-même; il l'est aussi pour les autres. Il est peu sensible à la souffrance physique. Le labeur incessant et pénible auquel il est obligé de se livrer pour vivre, à cause de la pau-

vreté du pays et de l'ingratitude du sol, endurecissent son corps à la fatigue et augmentent sa résistance à la douleur. Sa sensibilité s'émonsse. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir des gens s'acharner à l'ouvrage bien qu'ils aient de la fièvre ou qu'ils soient atteints de plaies ou de toute autre maladie, et des femmes reprendre, le jour même ou le lendemain de leurs couches, leur travail interrompu. Ne percevant pas la douleur physique aussi vivement que les individus appartenant à d'autres milieux, l'Aveyronnais la redoute beaucoup moins, tant pour lui-même que pour autrui. Aussi ne conçoit-il pas la brutalité et la violence comme on les conçoit généralement. Un coup de poing, une bourrade énergique constituera pour lui une caresse ; de même des coups et blessures graves ne seront à ses yeux que des sévices insignifiants. Une discussion qui se serait réglée ailleurs par quelques horions, sera, dans l'Aveyron, le point de départ d'une rixe très grave. On comprend sans peine que dans ces conditions, les actions des habitants de ce département revêtent, avec une fréquence spéciale, le caractère de nocuité qui en fait des crimes ou des délits.

Ces tendances naturelles à la violence sont entretenues et développées par certaines coutumes qui persistent encore dans le département, malgré les efforts faits pour les abolir. Sous les prétextes les plus futiles, mais en réalité pour sacrifier à une tradition plus ou moins ancienne, des habitants de villages différents se livrent périodiquement de véritables batailles, dans lesquelles de nombreux combattants sont parfois grièvement blessés. C'est surtout à l'époque du tirage au sort que se produisent ces rixes. Après avoir fraternisé toute la journée et fait ensemble de copieuses libations, des groupes de conscrits de villages différents finissent toujours par en venir aux mains ; c'est de tradition. La

lutte commencée comme un jeu ne tarde pas à devenir sérieuse et parfois même meurtrière.

Parmi les notions qui occupent le plus de place dans l'esprit des Aveyronnais, celle de la propriété est certainement au premier rang. Le paysan a au plus haut degré l'amour de ses terres, de son bien, selon l'expression usitée dans le pays ; il tient d'autant plus à ce qu'il possède que la plus petite parcelle de son avoir représente une somme de travail considérable ; ce n'est, en effet, que par un labeur acharné, incessant, et à force d'économie, qu'on peut, dans un pays pauvre comme l'Aveyron, amasser quelque argent.

Accroître leur domaine, fonder ce qu'ils appellent une bonne maison, tel est le but que poursuivent la plupart des Aveyronnais. Dans chaque famille tous les membres unissent leurs efforts pour faire prospérer les intérêts communs, c'est-à-dire les intérêts du père avec lesquels ils se confondent. Tous se groupent autour du chef de famille ; celui-ci a la direction des affaires ; il est maître absolu dans la maison et dispose, en vertu d'un usage dès longtemps établi, d'une autorité à peu près illimitée sur sa femme et ses enfants. Ceux-ci n'ont pour ainsi dire aucune initiative ; leur rôle ne consiste guère qu'à exécuter les ordres donnés par le mari ou le père.

Les sentiments affectifs en général, et, en particulier, les sentiments d'amour réciproque des membres d'une même famille, subissent le contre-coup des nombreuses et pénibles occupations auxquelles les habitants du département sont obligés de se livrer et des exigences de la vie pratique. Ils ne s'affirment pas par les manifestations extérieures par lesquelles ils se traduisent dans les milieux plus raffinés ; chacun s'attache, dirait-on, à ne pas laisser paraître l'affection qu'il éprouve pour ses proches. De plus, ces sentiments se subordonnent souvent

à des considérations d'intérêt. C'est ainsi que, tant qu'un individu rend des services à la famille à laquelle il appartient et contribue à sa prospérité, ses proches lui témoignent de l'affection ; mais celle-ci tend à diminuer, lorsque, au lieu d'être une source de revenus, il devient une charge. On voit parfois, par exemple, des enfants considérer leurs parents vieux et impotents comme des bouches inutiles et leur infliger, en attendant leur mort, toutes sortes d'humiliations.

Après la disparition du père, l'aîné des enfants devient chef de famille à son tour. Il hérite généralement du quart des biens et d'une part proportionnelle au nombre des héritiers. Les dispositions testamentaires dont il bénéficie ont pour but d'empêcher la division de la propriété paternelle en une série de petites parcelles. Le paysan, qui s'est efforcé toute sa vie de faire une bonne maison, tient à ce que celle-ci subsiste après sa mort et, dans ce but, il favorise l'aîné de ses enfants au détriment des autres. Dans certains cas, ceux-ci, animés du même désir de conserver intact le domaine de leur père, se sacrifient ; ils restent célibataires, travaillent avec leur frère ou pour lui et, en fin de compte, font en sa faveur abandon de leurs droits. Mais fréquemment aussi les questions d'héritage viennent semer la division dans les familles. Alors chacun se préoccupe exclusivement de ses intérêts particuliers : animés du même désir de s'octroyer la plus grosse part, ils cherchent à accaparer ; dans ces conditions l'entente est souvent difficile. De là naissent des brouilles, des querelles, et, finalement, des procès dont les frais absorbent souvent la majeure partie de la succession.

Cet amour de la propriété s'affirme aussi très nettement dans les relations entre individus qu'aucun lien de parenté ne réunit et surtout entre voisins. Toutes les fois qu'une question d'intérêt est en jeu, les parties en

présence agissent conformément au principe du « chacun pour soi ». Le paysan aveyronnais met un soin jaloux à faire respecter les limites de ses propriétés ; il s'efforce d'empêcher les possesseurs des champs contigus aux siens d'empiéter sur son domaine ; mais en même temps il s'ingénie souvent lui-même à agrandir son bien aux dépens de celui d'autrui. Il se croit très gravement lésé dans ses intérêts lorsqu'un pouce de terrain lui a été enlevé ; de même, il attache une importance considérable à l'acquisition par ruse, et, par suite, sans frais, de la plus petite parcelle de terre.

Jaloux de son bien à l'excès, il est aussi extrêmement méfiant et soupçonneux ; il a sans cesse peur d'être dupé, aussi se tient-il sur le qui-vive. En toutes choses il prend les précautions les plus minutieuses pour sauvegarder ses intérêts ; il cherche à déjouer, par les pièges qu'il dresse lui-même, les embûches qui pourraient lui être tendues.

Le plus petit dommage qu'il prétend lui avoir été fait sert de prétexte à des protestations et à des réclamations exagérées. Mille riens sont le point de départ de contestations qui fréquemment ne peuvent se régler à l'amiable et sont déferées aux tribunaux. Nombreux sont, dans le département, les plaideurs qu'on pourrait presque appeler plaideurs de profession, qui passent leur vie à se chicaner avec leurs voisins pour les motifs les plus futiles et sous prétexte de sauvegarder des intérêts souvent minimes, compromettent leur fortune ou même la perdent en des procès ruineux. Ces tendances processives se retrouvent avec une netteté et une fréquence anormales dans certaines contrées, en particulier dans la partie sud-est de l'Aveyron, sur les confins du département du Tarn.

Nous n'insisterons pas sur l'influence exercée sur la criminalité par la rudesse des manières et par les ten-

dances naturelles et inconscientes à la violence que nous avons signalées chez les Aveyronnais. Il est manifeste que ces facteurs tendent à augmenter le nombre et la gravité des actions nuisibles dénommées crimes ou délits, en particulier des attentats contre les personnes. Leur action s'exerce aussi bien sur les individus sains d'esprit que sur les aliénés ; mais elle est nécessairement plus puissante chez ces derniers, à qui, d'ordinaire, leur désordre mental et l'affaiblissement de l'affectivité ne permettent pas de lutter efficacement contre les tendances à la violence qui les sollicitent.

Les dispositions d'esprit, amour excessif de la propriété, méfiance exagérée, tendances processives, qui caractérisent les habitants de l'Aveyron, se retrouvent d'une façon générale chez les aliénés de ce département. Chez un certain nombre de ces derniers, elles constituent même un des éléments principaux de l'affection mentale, à raison, soit de leur exagération, soit de leur association avec d'autres symptômes morbides. En tant que causes de criminalité, tantôt elles entrent en jeu isolément, tantôt, et c'est le cas le plus habituel, elles s'unissent les unes aux autres et combinent leur action suivant les modes les plus divers.

Sous l'influence de causes variables, telles que hallucinations, interprétations délirantes, etc., l'amour de la propriété, de la terre revêt fréquemment des caractères pathologiques. Il n'est pas rare, par exemple, de voir des malades se persuader qu'ils sont les légitimes propriétaires de terres appartenant en réalité à leurs voisins ; d'autres, convaincus qu'eux seuls ont des droits à la succession de telle ou telle personne, se refusent à tenir compte des justes réclamations des véritables héritiers.

La méfiance naturelle de l'Aveyronnais facilite singulièrement l'éclosion des idées de persécution que nous

observons fréquemment chez nos malades; ces idées délirantes peuvent être considérées comme le produit de l'association de cette méfiance exagérée et de certains phénomènes pathologiques, hallucinations, illusions, etc. De même que la méfiance se manifeste d'ordinaire chez les individus non aliénés à l'occasion de questions d'intérêt, de même l'existence d'idées de persécution est, dans la grande majorité des cas, subordonnée à celle de préoccupations intéressées, que celles-ci soient en elles-mêmes délirantes ou non. C'est ainsi que certains malades sont persuadés qu'on les vole, qu'on cherche à les déposséder de leur avoir. L'un s' imagine qu'on lui détient injustement des millions; un autre se croit spolié par son frère qui a hérité d'un bien dont il se figurait être lui-même le possesseur; un troisième, dont les créanciers ont fait vendre la propriété, est convaincu qu'il a été victime d'une cabale montée contre lui et manifeste une vive animosité contre les personnes qui ont acquis des parcelles de ses biens, etc.

De la réunion, ou plutôt du conflit des idées de propriété et de richesse d'une part, et des idées de persécution d'autre part, résultent parfois soit des manifestations processives, soit des actes délictueux ou criminels, soit les unes et les autres successivement.

Les tendances processives s'affirment avec la plus grande netteté chez une foule d'aliénés et surtout dans la classe très nombreuse des persécutés persécuteurs. L'esprit de chicane est particulièrement développé chez les débiles et chez les imbéciles, à raison de l'infériorité de leur niveau mental. Leur faiblesse intellectuelle ne leur permet pas de comprendre les raisonnements les plus simples. Extrêmement entêtés ils s'obstinent, malgré les preuves les plus évidentes, dans leurs idées fausses; on ne peut pas les convaincre de leurs erreurs. Ne recevant pas satisfaction pour leurs réclamations in-

justifiées, ils s'adressent aux tribunaux ; alors commence la période des procès, qui peut avoir une durée indéfinie, mais qui, parfois aussi, aboutit à une nouvelle phase au cours de laquelle les malades adressent à leurs prétendus persécuteurs des menaces qu'ils n'accomplissent que trop souvent. Si les persécutés processifs n'étaient pas, d'une façon générale, considérés comme sains d'esprit jusqu'au jour où ils ont commis un acte répréhensible, on n'aurait que très rarement à enregistrer des crimes et des délits accomplis par eux ; en effet, d'ordinaire ils n'agissent pas à l'improviste, ils commencent par adresser des menaces à leurs ennemis, ils annoncent à l'avance et hautement leur intention, de sorte qu'il serait facile de se prémunir contre eux en les séquestrant à l'asile.

Nombreux sont les crimes et les délits commis par des malades non processifs, par suite de ce même conflit entre les idées de propriété et les idées de persécution. Tantôt l'acte, conséquence plus ou moins logique du délire, est prémédité et exécuté froidement ; tantôt il est provoqué par un accident fortuit, une discussion, un incident quelconque, sans lequel il ne se fût peut-être pas produit ; tantôt il est accompli à l'occasion d'un accès d'agitation ou de toute autre particularité psychique pathologique.

Les exemples suivants, mieux que toutes les descriptions, donneront une idée exacte du rôle que jouent les facteurs dont nous venons de parler, dans la genèse des crimes et des délits commis par les aliénés dans l'Aveyron :

Obs. XI. — M... (François), trente-trois ans, célibataire, cultivateur, atteint de débilité mentale avec idées de persécution, a été interné à l'asile à la suite du meurtre de son père.

Un de ses cousins était imbécile.

M... a toujours été faible d'esprit ; de tout temps il s'est fait

remarquer par une grande naïveté et une crédulité extrême. Il n'a pas pu apprendre à lire. Il ne semble pas que ses sentiments affectifs aient jamais été bien développés.

Les premiers symptômes de folie ont été observés chez lui quinze mois environ avant l'acte criminel à la suite duquel il a été interné. Il manifesta alors des idées de persécution basées sur des interprétations délirantes. Il se figura entre autres choses que de nombreux ennemis, parmi lesquels son père était le plus acharné, avaient formé le projet de lui faire perdre tout son avoir ; il se persuada qu'une foule de gens lui devaient des sommes considérables ; il entreprit toutes sortes de démarches pour se venger de ses persécuteurs, adressa des réclamations multiples aux autorités judiciaires pour entrer en possession de l'argent qu'il prétendait lui être dû et annonça l'intention d'intenter des procès à ses débiteurs ; il en arriva à se convaincre que des jugements avaient été rendus à son avantage qui lui donnaient droit à de fortes indemnités.

Dans l'espoir de se mettre à l'abri de la malveillance de son père, M... cessa d'habiter dans la même maison que lui ; mais à peine installé dans son nouveau domicile, il s'imagina faussement que son père pénétrait chez lui pour lui voler de la farine ou d'autres objets. En plusieurs circonstances il alla se plaindre à la gendarmerie de ces prétendus vols. Un jour, il crut voir de la farine répandue par terre en cinq endroits de son logement ; il en conclut que son père s'était introduit chez lui. Quelques instants après, comme il sortait de sa demeure pour se rendre à son travail, portant une pioche sur l'épaule, il rencontra par hasard son père qu'il aborda en lui disant : « Pourquoi allez-vous me prendre de la farine dans ma maison et me la déverser ? » Celui-ci lui répondit qu'il n'était pas entré chez lui. Alors M..., le menaçant de la pioche, reprit : « Veux-tu que je te la f... ! » A peine le père eut-il répondu : « Tu le peux bien si tu veux », son fils lui asséna sur la tête, au-dessus de la tempe gauche, un coup de pioche qui le terrassa et auquel il ne survécut que quelques heures. A un voisin accouru au secours du blessé, M... jeta ces mots : « Il dit qu'il n'y a pas de justice ; je lui ferai voir s'il n'y en a pas », puis il remit sa pioche sur l'épaule et s'en alla travailler à son champ. La tranquillité de sa conscience, l'absence de tout regret ne se démentirent pas dans la suite un seul instant.

Arrêté le surlendemain du meurtre, alors qu'il se livrait aussi tranquillement que de coutume à ses occupations, et interrogé

par le juge de paix, il dit froidement à ce magistrat : « Je ne voulais pas le tuer, mais le corriger du vol de farine qu'il avait commis chez moi. Je suis fâché de l'avoir tué, mais c'était sa faute, et tant pis pour lui. » Au cours de divers interrogatoires, il persista dans les mêmes sentiments et la même attitude.

M... n'a jamais compris l'énormité de l'acte qu'il a accompli, il a déclaré plusieurs fois, que « s'il fallait le faire, il le ferait encore ; son père le volait et l'insultait ; il n'a pas à regretter ce qu'il a fait ; il avait prévenu le brigadier ; si celui-ci était venu attacher son père, cela ne serait pas arrivé. »

Reconnu irresponsable, M... a été interné à l'asile de Rodez, où il est resté jusqu'à sa mort.

Cette observation mérite d'être complétée par l'exposé du fait suivant, qui tend à prouver que le degré de nocuité des aliénés est essentiellement variable aux divers moments de leur existence. Les actes délictueux ou criminels accomplis par ces malades donnent la mesure de leur nocuité à un instant et dans une occasion déterminés, mais ne peuvent servir de base à une appréciation plus générale. Un aliéné, qui à un moment donné a commis un acte criminel, qui, par exemple, a attenté à la vie d'un de ses semblables, peut, aussi bien qu'une autre personne, accomplir en d'autres circonstances de bonnes actions, même des actes de dévouement.

En 187.., M..., aussi troublé qu'au moment de son admission, mais tendant déjà vers la démence, travaillait au jardin de l'asile, lorsqu'il vit un malade qui, jamais auparavant, n'avait donné de signes de violence, porter un coup de pioche au Directeur de l'établissement. Il accourut aussitôt et par son intervention il préserva la victime, que la violence du coup avait jeté à terre sans connaissance, de nouvelles blessures qui eussent sans doute entraîné sa mort.

Oss. XII. — C..., Jean, cinquante-huit ans, marié, cultivateur, est atteint de débilité mentale avec idées de persécution et de grandeur.

Mère bizarre. — Plusieurs oncles du côté maternel aliénés. —

— Un cousin germain imbécile. — Une sœur aliénée. — Une fille morte à la suite de convulsions. Son unique enfant, un garçon de treize ans, est très nerveux et impressionnable.

C... a toujours été original et exalté. Très avare, il se prive même du nécessaire; il se contente d'une nourriture grossière à peine suffisante et rationne si bien ceux qui vivent avec lui qu'ils souffrent parfois de la faim. Il se méfie de tout le monde, même de sa femme et de son enfant, qu'il considère comme des domestiques, à qui il impose de durs travaux et qu'il brutalise parfois. Dans ses relations avec les membres de sa famille et avec ses voisins, il a toujours montré un esprit de chicane des plus prononcés dont plusieurs procès ont été la conséquence.

Les premiers troubles mentaux observés chez C..., revêtirent la forme mélancolique; ils ne persistèrent que quelques semaines; le malade revint ensuite à son état antérieur. Un an environ après cette bouffée délirante, de nouveaux désordres psychiques se manifestèrent. On remarqua d'abord chez C..., une légère excitation jointe à des idées de satisfaction personnelle; il déployait une activité inaccoutumée; il racontait qu'il était mieux que personne à même de gérer un domaine et de le faire fructifier, qu'il avait une intelligence bien au-dessus de la moyenne. Il se croyait sûr, disait-il, d'accroître rapidement sa fortune et, dans ce but, il formait une foule de projets, pour la plupart déraisonnables, faisait même des achats et des ventes contraires à ses véritables intérêts; en même temps, rompant avec ses vieilles habitudes de sobriété, il se livrait à quelques excès alcooliques. Sa famille ayant désapprouvé sa conduite et ayant voulu annuler certains marchés conclus par lui, C... manifesta des idées de persécution. Il s'imagina que sa femme et ses beaux-frères s'entendaient pour le voler; il les accusa de vouloir se débarrasser de lui et de chercher à l'empoisonner pour jouir de son bien après sa mort; il se figura aussi qu'il était en butte à la malveillance de ses voisins jaloux de sa fortune. Dès lors, sa brutalité naturelle s'exagérant, sa femme et son fils durent subir toutes sortes de mauvais traitements; à plusieurs reprises il leur adressa même des menaces de mort; enfin un jour il tira sur eux, heureusement sans les atteindre, un coup de fusil. Pour se mettre à l'abri de ses violences, sa femme dut quitter le domicile conjugal, emmenant avec elle son fils. C... adressa aussitôt une plainte au Procureur de la République, en lui demandant d'obliger la fugitive à revenir auprès de lui; d'après lui, elle l'avait quitté uniquement pour

être plus libre et pour aller mener ailleurs une vie de débauche. Privé momentanément de son souffre-douleur habituel, C... se retourna alors contre son beau-frère et ses voisins; mais il manifesta à leur égard des intentions si hostiles qu'on jugea prudent enfin de provoquer son internement.

Obs. XIII. — R..., trente-six ans, célibataire, cultivateur, est atteint de débilité mentale avec idées de persécution.

Le procès-verbal de l'enquête faite en vue de l'admission de ce malade à l'asile résume en ces termes son délire : « Ce qui caractérise la folie de R..., c'est un extrême désir de posséder des champs et des prés; les héritages des membres de sa famille lui appartiennent tous ... », dit-il.

Tout d'abord il s'appropriä un bien appartenant à un de ses cousins qui, pour rentrer en sa possession, dut recourir au tribunal d'E... R..., trouvant inique le jugement rendu en faveur du véritable propriétaire, fit des démarches pour traduire devant un autre tribunal un des magistrats qui l'avaient condamné; il espérait obtenir, à titre de dommages et intérêts, une somme au moins équivalente au prix du bien dont on l'avait dépouillé, croyait-il, au mépris de ses droits. N'ayant pu arriver à ses fins, R... manifesta une vive animosité contre tous ceux qu'il s'imagina avoir été mêlés de près ou de loin à son affaire; il se montra particulièrement irrité contre son père, sa mère et sa sœur. Il ne cessa dès lors de les injurier et de les menacer; plusieurs fois même il se livra sur eux à des actes de violence graves. Un jour, armé d'une pioche, il poursuivit son père qui n'eut que le temps de s'enfermer dans une chambre. Proférant des menaces de mort contre lui, criant et vociférant, il enfonça la porte; heureusement son père avait pu sauter par la fenêtre et se réfugier chez des voisins, échappant ainsi à une mort certaine.

Au décès d'un de ses oncles, R... se figura qu'il était son héritier et, bien qu'on lui eût montré le testament du défunt, ne voulut pas admettre la réalité des droits que donnaient à son frère les clauses de cet acte. Convaincu qu'il avait été dupé, il voulut entrer en possession de ce qu'il considérait comme sa propriété; il s'installa en effet dans la maison qui avait appartenu à son oncle. Il s'efforça par tous les moyens de s'opposer à ce que son frère cultivât sa propriété. C'est ainsi qu'il lui brisa des instruments de labour et qu'il détruisit plusieurs fois ses récoltes. Il lui adressa toutes sortes de menaces et se porta même sur lui à des voies de fait. Enfin il manifesta

des tendances à la violence si accusées que sa famille dut se décider à le faire interner.

Obs. XIV. — R..., trente-quatre ans, célibataire, cultivateur. Débilité mentale avec idées de persécution et de grandeur. Fratricide.

Ce malade a commencé à donner des signes de folie à l'âge de vingt-sept ou vingt-huit ans. Il manifesta tout d'abord de vagues inquiétudes, puis il fut pris de craintes et de terreurs; il disait qu'on parlait mal de lui, qu'on lui faisait du tort, que les gendarmes allaient venir le prendre, etc. Parfois, il proclamait qu'il était le roi, qu'il était Napoléon, que tout le monde devait lui obéir. Ce délire persista pendant plusieurs années avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation; il sembla ensuite sur le point de disparaître, lorsqu'un événement inattendu vint provoquer un retour offensif de la maladie. R... perdit son père dont il avait espéré être le principal héritier. Contrairement à son attente, ce fut son frère, et non lui, qui recueillit la plus grosse part de la succession; il en éprouva une violente contrariété dont son délire subit le contre-coup. Ses idées de persécution s'exagèrent; R..., très surexcité, se découvrit une foule d'ennemis; il montra surtout beaucoup d'animosité contre sa mère et son frère et contre le curé de son village. Celui-ci ayant servi de témoin, lorsque le père du malade fit son testament, R... l'accusait d'avoir exercé sur le testateur une influence contraire à ses intérêts et de lui avoir fait perdre 100 francs. De crainte qu'il ne se livrât à des actes de violence sur ses prétendus ennemis, on le fit admettre à l'asile où il resta trois mois et demi environ et d'où il sortit sur la demande de son frère. Après sa mise en liberté, son délire persista comme auparavant, sans modification. R... se montra aussi irrité que jamais contre ses ennemis; à plusieurs reprises, il se porta à des voies de fait sur sa mère et son frère. Toutes les fois qu'il rencontrait le curé de sa paroisse, il l'accablait d'injures, l'appelait Pilate, Barrabas, canaille, mauvais sujet, etc. Un jour, R... passant devant le presbytère se mit à lancer des pierres aux fenêtres. Son frère, qui l'accompagnait chercha à l'en empêcher; mais, tournant sa colère contre lui, R... lui porta un coup de couteau, qui, ayant sectionné l'artère humérale, détermina la mort en quelques heures. Ce meurtre accompli, il rentra tranquillement chez lui, mangea et se coucha comme d'habitude. Le lendemain, comme sa mère lui demandait où il avait laissé son frère, il lui répondit qu'il était

resté au presbytère de B...; il s'en alla ensuite garder son troupeau. Les jours suivants, quand on lui parlait de son crime, il disait que ce n'était rien, qu'après l'enterrement la prescription serait accomplie et qu'en vertu du code ancien qu'il possédait on ne pourrait pas le poursuivre.

Après son arrestation, ce malade a été l'objet d'un examen médico-légal et reconnu irresponsable. Il a été interné à l'asile où il est mort neuf ans après.

OBS. XV. — D..., trente ans, célibataire, cultivateur, est un héréditaire qui présente, greffées sur un fonds de débilité mentale, des idées de persécution et de grandeur et des idées mystiques.

Son père est d'une intelligence bien au-dessous de la moyenne, « il n'est pas ouvert du tout », et est incapable de gérer ses biens. Sa mère est manifestement débile.

Un oncle maternel atteint d'imbécillité très accentuée, avec tendances à la violence, est interné depuis de longues années.

Deux parents au troisième degré, du côté paternel, ont présenté des troubles mentaux, pour lesquels ils ont été traités à l'asile.

Il y avait déjà deux ans que D... donnait des signes d'aliénation lorsqu'il accomplit les actes de violence à la suite desquels il fut interné. Depuis longtemps il était très animé contre un de ses oncles dont il avait convoité l'héritage, et qui, ayant adopté un enfant, jusqu'alors étranger à la famille, lui avait par cela même enlevé tout espoir de recueillir un jour sa succession. Il nourrissait aussi des sentiments de haine contre le fils adoptif de son oncle qu'il accusait d'avoir circonvenu ce dernier pour devenir son héritier. Le règlement de questions d'intérêts était l'occasion de discussions fréquentes entre D... et ses parents d'une part, son oncle et le fils adoptif de celui-ci, d'autre part; plus d'une fois même, ces discussions dégénérèrent en querelles et en rixes.

Grossissant démesurément les faits et les interprétant fausement, D... en arriva à forger sur ses bases un délire très actif; il se figura que H..., l'héritier de son oncle, aidé de plusieurs autres personnes, s'ingéniait à lui nuire, l'injuriait, le diffamait et cherchait par tous les moyens possibles à s'emparer de ses biens.

Un jour, surexcité par des libations un peu plus copieuses que de coutume et par une discussion avec le fils adoptif de son oncle qu'il considérait comme son persécuteur le plus acharné,

il tira sur ce dernier et sur deux autres personnes, plusieurs coups de revolver. Arrêté à la suite de ce fait, il fut soumis à un examen médico-légal, déclaré irresponsable et interné à l'asile.

Obs. XVI. — M..., vingt-huit ans, célibataire, cultivateur, est atteint de débilité mentale avec idées de persécution.

Un grand oncle et un oncle paternel ont été aliénés.

Dans son enfance, M... a eu des convulsions. Il a toujours été peu expansif, sombre et taciturne. Les troubles mentaux se sont manifestés chez lui vers l'âge de vingt ans ; ils ont persisté depuis lors avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation et ont nécessité à deux reprises son internement.

Quelque temps avant sa deuxième admission, M... éprouva une grande déception. Il avait espéré hériter d'un de ses proches parents, chez qui il vivait et pour le compte duquel il travaillait depuis longtemps. A sa mort, ce dernier légua la plus grande partie de son avoir, non à notre malade, mais à son frère. M... ne put admettre qu'il fût déshérité ; il se persuada que son frère n'avait pas le droit de le dépouiller d'un bien qu'il considérait comme sa propriété et le chasser d'une maison qui, dans son esprit, devait lui appartenir. Ne tenant aucun compte des revendications légitimes du véritable propriétaire, il continua à habiter là où il demeurait auparavant et se mit en devoir de gérer le bien à son gré. Mais son frère, ne voulant pas tolérer tous ses caprices, s'opposa à l'exécution de ses projets et le menaça de le déloger de la maison. M... se crut lésé dans ses intérêts et considéra son frère comme un spoliateur. Ses idées de persécution s'accrochèrent en se systématisant. Enfin, une légère excitation étant venu se joindre aux symptômes précédents, il manifesta des tendances très marquées à la violence et se livra sur la personne de son frère à des voies de fait graves à la suite desquelles on le séquestra à l'asile.

Obs. XVII. — P..., soixante-cinq ans, célibataire, cultivateur, présente des idées de persécution et quelques idées de satisfaction personnelle, greffées sur un fond assez accentué de débilité mentale.

Ce malade, ayant fait de mauvaises affaires et contracté des dettes qu'il ne peut payer, ses créanciers lui font vendre son bien par les tribunaux. A la suite de cette vente qui le réduit à la plus profonde misère, P... ne tarde pas à manifester des idées de persécution. Il se figure qu'il ne doit rien à personne : dans son esprit, c'est son frère et non lui qui a emprunté des sommes

qu'il n'a pu rembourser; la vente de ses biens lui apparaît donc comme une iniquité, une injustice ériante. Partant de cette idée, il se considère comme la victime de tous ceux qui ont contribué à le dépouiller de ce qu'il possédait ou qui ont acquis une part de son avoir et il se met à proférer contre eux des menaces. Il se montre particulièrement animé de sentiments de haine et d'un vif désir de vengeance contre le curé d'une paroisse voisine de la sieune, qu'il accuse d'avoir coopéré au vol commis à son préjudice; il est en effet convaincu que ce prêtre a acquis pour une somme dérisoire une pièce de terre d'une valeur beaucoup plus grande et il lui en veut d'autant plus que, d'après lui, il n'en avait nul besoin pour vivre puisqu'il possédait déjà trop de terres. Pour le punir et pour se venger, il forme le projet de le pendre à la corde de la lampe de son église; il manifeste hautement son intention; il le fait même d'une façon si affirmative que son prétendu persécuteur, connaissant la violence de son caractère et craignant de devenir sa victime, le dénonce à la justice. P... est aussitôt arrêté. Soumis à un examen médico-légal, il est reconnu aliéné et envoyé à l'asile.

Pendant toute la durée de son internement, il a présenté les mêmes idées délirantes, il a toujours conservé la même haine contre le curé de A... On n'a jamais pu le convaincre que ce prêtre n'avait en rien participé à la vente de ses biens et, par suite, n'avait pu en bénéficier.

Voir plus loin les observations XXIX, XXXIII et XXXIV.

(A suivre.)

Revue critique.

DE L'ÉPILEPSIE

AU POINT DE VUE CLINIQUE ET MÉDICO-LÉGAL

Par le professeur Paul KOVALEVSKY,

De Saint-Pétersbourg.

Suite (1).

Perte de connaissance et amnésie. — Pendant l'accès épileptique le patient perd complètement connaissance, ainsi que toute sensibilité. Par conséquent ses centres intellectuels restent inoccupés pendant ce temps et il ne se forme dans son cerveau aucune idée concernant les circonstances extérieures et l'état de son propre organisme ; il doit donc y avoir une lacune dans la vie intellectuelle de l'épileptique pendant ce temps. C'est ce qui arrive en réalité. L'amnésie accompagne les accès convulsifs de l'épilepsie grand-mal (*epilepsia gravior*), ainsi que ceux de l'épilepsie psychique (*epilepsia psychica*). On envisage ce symptôme comme un des plus importants et comme indispensable pour toutes les formes de l'épilepsie. Plus que cela ; on dit — pas d'amnésie, pas d'épilepsie. Ceci n'est pas exact.

Il y a des cas où le même malade perd complètement connaissance pendant quelques-uns de ses accès et ne la perd pas pendant d'autres. Il y a aussi des accès d'*épilepsie incomplète* quand quelques organes sensoriels du malade perdent la faculté de réaction, ou quand le malade réagit aux sensations, sans pouvoir les apprécier à leur juste valeur. Le malade entend dans ces cas qu'on parle autour de lui et il sent qu'on le touche, mais il est incapable de faire un mouvement,

(1) Voir les *Annales* de janvier-février 1898.

ce qui prouve que la possibilité de réagir à un certain degré aux excitations extérieures existe et que la connaissance n'est pas complètement perdue ; il en résulte un oubli confus du milieu et des circonstances qui l'environnent. Des cas semblables arrivent réellement et j'en ai observé moi-même plus de vingt. Le professeur Ball nous donne la description d'un cas où une femme souffrait d'accès de grand-mal, de petit-mal et de fureur épileptique. Au commencement, ces accès étaient suivis de perte de connaissance et d'amnésie, ensuite la malade se rendait compte pendant l'accès de tout ce qui se passait autour d'elle et s'en souvenait. Je me permettrai de m'arrêter un peu sur l'amnésie de l'épilepsie psychique. La médecine d'à présent affirme que l'amnésie est obligatoire pour la fureur épileptique. Les personnes souffrant d'accès de fureur épileptique commettent souvent les crimes les plus atroces, sans en garder le moindre souvenir. Il arrive souvent que les représentants de la justice n'ont pas eue entière confiance dans cet oubli et le prennent pour un subterfuge. Les médecins affirment en réponse que cet oubli est non seulement possible, mais même obligatoire. La justice cède enfin. Mais voilà le cas suivant qui se présente : le malade n'a gardé qu'un souvenir confus de l'action qu'il a commise. Elle se présente à sa mémoire d'une manière vague et indécise. Il ne peut plus en reproduire le tableau dans son souvenir. À l'aide des dépositions des témoins, le juge d'instruction, comme un peintre adroit, reproduit dans la conscience du malade, trait par trait, tous les détails du crime commis. Il les répète deux ou trois fois, de sorte qu'à la fin l'épileptique peut en toute conscience en raconter tous les détails lui-même. Il se les représente nettement. Mais il craint les suites de son aveu, la responsabilité qui l'attend, et assure ne se rien rappeler, s'embronille, se trouble et perd sa cause. Les médecins se trouvent vis-à-vis d'un cas où l'amnésie manque ; symptôme positif qu'ils n'ont pas affaire à l'épilepsie. Le juge d'instruction voit, excepté l'absence d'amnésie, un trouble visible, un manque de franchise, qu'il interprète comme tendance à le tromper et à le duper. Le prévenu est condamné. Cependant, il est réellement malade. De pareils cas arrivent sans nul

doute. Il arrive aussi que de suite ou peu de temps après l'action commise, le malade s'en rappelle les moindres détails, mais ensuite il oublie non seulement le fait en lui-même, mais qu'il en avait jamais parlé à quelqu'un. Maudsley, Samt et d'autres nous citent de pareils cas; j'en connais plusieurs moi-même. Ce fait s'explique ou bien par là, que le malade raconte les détails de l'accès épileptique, se trouvant encore sous son influence et l'oublie après être entièrement revenu à lui; ou bien par là que le malade a plusieurs accès consécutifs et qu'il se souvient et raconte dans le courant d'un des accès suivants ce qui s'est passé pendant l'accès précédent; quand les accès finissent, il oublie l'un comme l'autre. C'est ce qui est arrivé dans un des cas de ma pratique. Je trouve donc qu'il faut être très prudent par rapport à ce symptôme et on pourrait arriver à des conclusions fausses et dangereuses en se basant exclusivement sur son absence ou sa présence. Il est vrai qu'un simulateur peut très facilement faire semblant de ne pas se rappeler le crime commis, en vue de la punition qui l'attend. Mais il peut tout aussi bien arriver qu'un homme ait réellement eu un accès épileptique et qu'il ait cependant gardé un souvenir de tout ce qui s'est passé. Ce tout dernier temps nous trouvons dans la littérature beaucoup d'affirmations que l'amnésie n'est pas un symptôme obligatoire de l'épilepsie; c'est l'opinion d'Oebeke, de Weiss, Tamburini, Hughes, Bombarda (1), Lemoine (2) et d'autres. Simmerling (3) émet l'opinion qu'un symptôme important de l'épilepsie est l'état vague et ténébreux de la conscience, et non sa perte complète.

Il y a des cas où le malade se rappelle le crime qu'il a commis et peut en raconter tous les détails une heure, deux heures et même trois heures après, tandis que plus tard il affirme ne rien savoir et avoir oublié tout ce qui s'était passé. On prend très souvent de pareils malades pour des simulateurs et des criminels expérimentés qui ne se gênent même pas de nier ce qu'ils avaient déjà avoué.

(1) Bombarda. *Revue neurologique*, 1894.

(2) Lemoine. *Bulletin de médecine mentale*. Belgique, 1895.

(3) Simmerling. *Neurolog, Centralblatt*. 1895.

Ce n'est pas juste. De pareils cas existent sans nul doute et nous n'avons pas le droit de ne pas y croire. Ce fait s'explique par là, que quoique la crise de fureur épileptique ait cessé, l'accès épileptique peut durer encore, ce qui fait que les malades se rappellent les détails et peuvent les raconter ; quand l'accès se termine tout à fait, les malades tombent dans un état de parfaite amnésie.

Ottolenghi (1) nomme un pareil état amnésie retardée. Il y a aussi des cas où les malades, revenus à eux, ne se rappellent positivement pas ce qui s'est passé pendant l'accès ; mais quand un nouvel accès commence, ils racontent avec tous les détails tout ce qui s'est passé pendant l'accès précédent ; j'ai eu un cas semblable dans ma pratique (2). D'après les observations d'Ottolenghi (3) quelques épileptiques ont, à côté de moments d'absence de connaissance, des moments parfaitement lucides, où ils se rendent compte de toute l'absurdité de leurs actions, sans toutefois pouvoir s'en abstenir ; il nomme cet état *secondo stato epilettico*.

Diminution du poids du corps. — J'ai été le premier à indiquer que les accès d'épilepsie somatique, ainsi que ceux d'épilepsie psychique sont accompagnés d'une perte graduelle du poids du malade. Certainement cette baisse du poids n'est pas la même pendant chaque accès. Dans les cas récents et violents d'épilepsie convulsive, la perte du poids est plus grande ; dans les cas chroniques et peu violents, quand l'organisme a le temps de s'habituer aux convulsions, les pertes du poids sont peu considérables, à peine perceptibles. Même dans les cas d'épilepsie petit-mal, on remarque parfois des pertes de poids, quoique très peu considérables. Si plusieurs accès se suivent, les premiers sont accompagnés d'une plus grande perte de poids que les suivants ; la même chose peut être dite du *status epilepticus*. Les cas d'épilepsie psychique sont aussi accompagnés par une perte

(1) Ottolenghi. *Epilessia psychica. Rivista sperimentale di freniatria*. V. XVI.

(2) P. Kovalevsky. *Analyses psychiatriques médico-légales*, t. I.

(3) Ottolenghi. *Epilessia psychica. Rivista sperimentale di freniatria*. V. XVI.

du poids du malade ; plus l'accès de fureur épileptique a été violent, plus la perte du poids est considérable. Cette diminution du poids du corps peut être provoquée par différentes raisons, qui toutes contribuent à la démolition des tissus de l'organisme. Nous indiquerons parmi ces raisons : les mouvements convulsifs et violents du patient, une température élevée, le refus de nourriture, un jeûne prolongé, des affections trophiques de l'organisme, et ainsi de suite. Laquelle de ces raisons a une plus grande influence sur la diminution du poids du corps, laquelle une moins grande, cela n'a pas été précisé jusqu'à présent.

Cependant, ces pertes de poids se réparent très vite chez les épileptiques, de sorte qu'en général le poids de leur corps reste presque toujours le même.

Lehmann a observé dans la clinique de Jolly les changements du poids des épileptiques dans les vingt-quatre heures. Il s'est trouvé que ces changements étaient très peu considérables. Dans quelques cas le poids baissait un peu ; dans d'autres il n'y avait aucun changement, ou même le poids augmentait, malgré que ce même jour le malade ait eu un accès. Se basant sur ces observations d'épileptiques chroniques, Jolly affirme que si la nutrition des épileptiques est comme elle devrait l'être, les pertes du poids de leur corps ne surpassent pas le balancement normal du poids des personnes bien portantes.

Olderogge a observé le poids du corps de huit malades et a trouvé que quoiqu'il y eût une perte de poids après l'accès, elle était trop peu considérable pour pouvoir servir de symptôme pour la diagnose de l'épilepsie. Pour obtenir un résultat plus précis, les malades étaient pesés plusieurs fois par jour, ainsi qu'immédiatement après l'accès. Trouvant que l'accès même provoque une perte de poids peu considérable, Olderogge en attribue la plus grande partie à l'excrétion involontaire de l'urine qui se rencontre chez quelques épileptiques, aux vomissements et à d'autres excrétions (la transpiration) qui peuvent avoir lieu pendant l'accès.

En dépit des recherches de Lehmann et d'Olderogge, B. Ochs insiste que la perte du poids après les accès épileptiques n'est pas accidentelle, qu'elle est constante

et dépend de l'accès même et qu'elle peut donc servir de symptôme pour reconnaître si l'accès est véritable ou simulé.

Kranz a observé les changements quotidiens du poids de sept épileptiques dont la maladie durait de neuf à dix-sept ans, et quoiqu'il ait trouvé que dans la plupart des cas le poids baissait après les accès, il n'est cependant pas de l'avis que la perte du poids des épileptiques puisse servir de symptôme pathognomonique pour les accès d'épilepsie.

Schuchard a de même examiné le balancement journalier du poids de dix épileptiques qui souffraient d'accès épileptiques depuis quatre à trente ans; il remarqua que non seulement le poids ne baissait pas toujours après l'accès, mais que parfois il augmentait même. Pour cette raison Schuchard est d'avis que le poids du malade après l'accès ne peut être d'aucune importance.

Hollager s'est occupé à peser les épileptiques pendant des mois et des mois et est arrivé à cette conclusion, qu'après quelques accès épileptiques on remarque une perte de poids très considérable. Dans son ouvrage sur le poids du corps pendant les psychoses, Fürstner dit, en ce qui concerne la folie épileptique, que même étant bien nourris, les malades perdent parfois dans les vingt-quatre heures 5 à 8 livres et dans quelques jours de 10 à 13 livres; le poids baisse plus considérablement après chaque accès isolé; quand les accès se suivent l'un après l'autre, la perte est moins grande après chaque accès. Stern donne la règle générale suivante: pendant les psychoses et les névroses qui durent longtemps, le poids du corps tombe au commencement; ensuite, après un certain espace de temps, il commence à augmenter; la raison en est non que la santé du malade s'améliore, mais que son organisme s'adapte, s'habitue au processus morbide qui se fait en lui. D'après Stern c'est une « hypertrophie de l'assimilation » qui a lieu dans ce cas. Passant à l'observation du poids du corps des épileptiques en particulier, Stern a trouvé que dans une suite d'accès épileptiques consécutifs le poids tombait considérablement après les premiers accès, tandis qu'après les accès suivants sa diminution était insignifiante. Certainement que le poids du corps diminue

parfois très considérablement après un accès d'épilepsie isolé, de 4 livres, par exemple, dans un cas cité par Stern ; mais il revient ensuite à la normale, de sorte que les épileptiques gardent en général le poids qu'ils ont eu en entrant dans l'asile. Les recherches sur la perte du poids des épileptiques faites par Féré ont prouvé qu'il diminuait parfois de 700 grammes, et après un accès d'épilepsie presque de 13 kilogrammes. Féré a remarqué encore la particularité suivante : le poids tombe non seulement tout de suite après l'accès, mais pendant un à trois jours qui le suivent, certainement à raison des excrétions abondantes provoquées par une métamorphose de la matière plus énergique pendant l'accès.

Des recherches plus précises sur la *température du corps* des épileptiques ont été faites pour la première fois par Bourneville, qui a trouvé qu'après chaque accès la température montait. Elle ne monte pas d'une manière égale après chaque accès, mais en balançant entre 0,1 et 1,4 degrés, selon l'intensité et la durée de l'accès. Bourneville a remarqué que la température montait le plus considérablement après le *status épilepticus* ; pendant les simples accès épileptiques elle s'élevait dans la moyenne de 0,5 à 0,6 degrés. Après Bourneville, c'est Westphal, Simon, Huppert, Fürstner, Krüemer, Bernhardt, Clouston, Hebold, Möbius et Savage qui ont observé la température des épileptiques, et leurs recherches sont toutes plus ou moins d'accord avec celles de Bourneville. En 1887, la température des épileptiques fut étudiée par Witkowsky qui voulait prouver qu'une température plus élevée n'est pas un symptôme constant d'un accès épileptique et n'est obligatoire que pour le *status épilepticus*. Bourneville et Lemoine ont vérifié encore une fois cette question et sont venus à la conclusion, que la température montait toujours après un accès épileptique. Gottardi trouve ce symptôme à un tel point important et constant, qu'il l'indique comme moyen de distinguer un véritable accès épileptique d'un accès simulé. Tambroni a examiné la température des épileptiques pendant et après les accès et a trouvé que les simples accès congestifs sont accompagnés d'une hausse de la température dont

l'intensité dépend de la durée de l'accès. Après les accès épileptiques la température tombe, d'après ces observations ; cette baisse de la température dure une demi-heure à peu près et s'égale ensuite ; d'après Obersteiner la température du corps redevient normale quatre à dix heures après l'accès. Mairet et Bosc ont trouvé que pendant l'accès la température peut baisser ou monter, selon l'intensité de l'accès ; si le malade est dans un état déprimé après l'accès, la température baisse ; s'il est excité, la température monte ; quand l'accès finit tout à fait, la température revient peu à peu à la normale.

Il est important de faire attention à la *sensibilité cutanée* avant et après l'accès épileptique. Le professeur Kremiansky a fait part de ses observations sur les altérations de la sensibilité cutanée au Congrès des naturalistes à Saint-Petersbourg. Mes observations sont d'une date plus ancienne, quoique je les trouve loin d'être achevées. Je me permettrai d'émettre le résultat de mes recherches : *a*) dans quelques cas d'épilepsie somatique la capacité de localisation tombe bien au-dessous de la normale et n'y revient que dans le courant d'un à trois jours ; *b*) pendant la période d'excitation de l'épilepsie combinée cette capacité est plus impressionnable que pendant l'intervalle lucide ; *c*) après un accès d'épilepsie chronique la localisation est considérablement au-dessous de la normale et n'y revient que dans le courant d'un à trois jours. Landhof a observé pendant quelques cas d'épilepsie, avant et après l'accès, une anesthésie de la sensibilité cutanée.

Thomson et Oppenheim ont observé une anesthésie passagère de la sensibilité cutanée après les accès épileptiques accompagnés d'un trouble de la conscience, de dépression et d'irritabilité de la sensibilité affective sans trouble de la conscience, ainsi qu'après leurs équivalents et les cas d'épilepsie abortive ; dans les cas d'épilepsie chronique, pour la plupart avec démence, ils ont observé une anesthésie stable de la sensibilité cutanée.

Agostini a observé une diminution de la sensibilité tactile et de la localisation chez les épileptiques ; la sensibilité à la température et à la douleur, ainsi que

la sensibilité musculaire, se trouvait être presque normale ; la sensibilité de la peau à l'électricité, ainsi que le goût et l'odorat, surtout après l'accès, étaient affaiblis (Russel, Bennet, Féré, Agostini). L'ouïe est aussi affectée après l'accès et son affaiblissement est souvent accompagné par un affaiblissement de la sensibilité tactile autour de l'organe de l'ouïe (Charpentier) ; c'est très rare de rencontrer une hyperesthésie de l'ouïe. L'acuité de la vue baisse aussi, d'après Fano et d'Abundo ; et même si plusieurs accès se suivent rapidement, le malade peut devenir tout à fait aveugle (Staderini, Citrine, Féré, Agostini et autres). La réaction psycho-physique baisse considérablement après l'accès (Tanzi, Remond, Féré).

Beefor, Féré, Gowers et d'autres ont fait attention à l'état des réflexes des tendons chez les épileptiques, mais n'ont pas obtenu de données précises et positives. Beefor a remarqué que les réflexes des tendons devenaient plus forts après les accès ; d'autres, au contraire, ont remarqué que les réflexes des tendons devenaient plus faibles et souvent même manquaient complètement après un accès. Agostini a trouvé que les réflexes de l'hélice auriculaire, ceux de l'odorat et du palais, ainsi que les réflexes axillaires, plantaires et ceux de l'abdomen et du crémaster manquent en général d'énergie chez les épileptiques ; après les convulsions ils deviennent plus énergiques, surtout les réflexes plantaires. Le phénomène du pied manque complètement pendant les intervalles entre les accès et ne se montre pour la plupart qu'après l'accès. Récemment, le D^r Wassiliev a fait des recherches expérimentales dans le cabinet du professeur Bekhterew concernant l'état des réflexes des tendons chez les chiens souffrant d'épilepsie inoculée. Il a remarqué tout de suite après l'accès de convulsions épileptiques une absence entière des réflexes des tendons ; quelques minutes plus tard, les réflexes commencent à reparaitre, mais ils ne reviennent à la normale souvent qu'une demi-heure après la fin de l'accès. Dans quelques cas l'affaiblissement des réflexes est suivi d'abord par une activité exagérée et ce n'est qu'ensuite qu'ils reviennent à la normale. Cramer a aussi observé l'absence de réflexes des tendons après les accès épilep-

tiques ; le clonus de la plante du pied devient plus énergique, d'après Agostini, et prend la forme de tremblement épileptoïde.

Schwarz a observé que, pendant l'épilepsie corticale, les réflexes des tendons augmentaient d'énergie du côté opposé à l'endroit du cerveau affecté ; le réflexe du genou devient plus fort sur les deux pieds, mais surtout sur le pied opposé à l'endroit du cerveau affecté ; ce phénomène atteint le plus d'intensité après l'accès épileptique. Les réflexes de la peau deviennent aussi plus énergiques ; mais, après de violentes convulsions, ils faiblissent et peuvent même disparaître complètement pour quelque temps.

La *contraction idiomusculaire*, d'après Reinhard, est faible et lente dans les intervalles entre les accès, tandis que l'enflure idiomusculaire ne change pas. J'ai eu moi-même l'occasion d'observer qu'après les accès épileptiques la contraction idiomusculaire devient plus énergique. Féré et Lamy ont observé très souvent une contraction idiomusculaire chez les épileptiques, nommément dans 108 cas sur 133. Bocolari et Borsari ont trouvé que la contraction galvanique et faradique des nerfs et des muscles est affaiblie chez les épileptiques, tandis que la force de résistance absolue des muscles est plus grande. Féré a examiné la force des muscles après les accès épileptiques et a trouvé qu'elle diminuait et qu'un tremblement s'y ajoutait, surtout dans les muscles où les convulsions avaient été plus violentes. Il arrive même que des paralysies passagères frappent les muscles qui ont été le plus atteints par les convulsions ; ces paralysies passent après quelque temps. Matthieu a aussi observé le tremblement des muscles avant les accès d'épilepsie et des parésies légères après. C'est par cette raison qu'il explique le changement de l'écriture des épileptiques.

Ecriture des épileptiques.— Matthieu a trouvé qu'avant l'accès d'épilepsie convulsive l'écriture des épileptiques est tremblante ; ce tremblement augmente à mesure que l'accès approche. Après l'accès l'écriture est faible presque jusqu'à la parésie. Les changements de l'écriture des épileptiques ont aussi été observés par Agostini, Bucknill, Take et Spitzka.

On remarque parfois après les accès épileptiques un changement de la démarche qui peut même atteindre l'impossibilité de marcher. Les parésies, les paralysies et les tremblements peuvent être monoplégiques, hémiplegiques (professeur Sikorsky) et paraplégiques ; tous ces phénomènes sont passagers et passent vite. Dans des cas très rares les accès épileptiques ont pour suite des contractions, des jointures démisées et des os brisés. Féré a trouvé de graves altérations dans les fonctions des voies respiratoires, s'exprimant par une aspiration plus courte et une expiration plus longue que la normale.

Cet examen de tous les symptômes de l'épilepsie nous prouve que pas un d'eux ne peut être pathognomonique pour l'épilepsie. Tous ils se rencontrent aussi pendant d'autres maladies et chacun d'eux peut manquer dans tel ou tel cas d'épilepsie, sans que l'accès perde son caractère épileptique. La diagnose de l'épilepsie se base donc non sur un symptôme particulier, mais sur la combinaison de tous les symptômes présents.

ÉPILEPSIE PETIT-MAL. — La forme la plus fréquente de l'épilepsie petit-mal sont les accès d'*absence*. Ces absences ne durent que quelques secondes, une à deux minutes, et le malade revient à son occupation, ne se rendant pas compte que quelque chose lui était arrivé. Pour la plupart le visage du malade est pâle pendant ces accès, les traits sont contractés et expriment la frayeur, les pupilles sont dilatées et ne réagissent pas à la lumière, le pouls est accéléré, la respiration de même, l'individu est insensible et immobile ; parfois les malades font tomber les objets qu'ils tiennent ; très rarement il y a émission involontaire de l'urine pendant l'accès. Parfois les absences sont accompagnées de *vertiges* qui peuvent être si violents, que le malade perd connaissance. L'épilepsie petit-mal se distingue donc de l'épilepsie grand-mal par l'absence de convulsions. Une interruption, une lacune passagère se fait dans la vie consciente de l'individu, pendant laquelle toute la vie de l'organisme, excepté la vie végétale, s'arrête. Mais il y a des cas où, au moment de cette absence, le malade commet d'une manière tout à fait inconsciente et automatique un acte intentionné. Cet acte peut être envisagé

comme équivalent psychique qui n'a aucun rapport ni avec la vie passée, ni avec la vie future du malade. De pareils équivalents ne sont pas rares et donnent parfois sujets à une expertise médico-légale. On m'envoya un jour pour être soumis à un examen médical un paysan qui avait volé des betteraves au marché où il était venu en vendre. Pendant l'enquête le paysan avait déclaré ne se rappeler rien de ce qui s'était passé. Il se trouva qu'il avait déjà été battu pour vol autrefois et qu'il avait tâché de se justifier en assurant qu'il ne savait et ne se rappelait rien. Une fois, pendant ma visite du soir, le malade se leva, se déshabilla complètement, fit un paquet de ses habits et le cacha derrière la porte. Il eut après cela un léger accès de convulsions. Revenu à lui, le malade ne se rendait positivement pas compte de ce qu'il avait fait et était tout confus de se trouver nu. Un cas semblable a été communiqué par Leidesdorf. En général, d'après l'opinion de Backer, Savage et autres, des actions raisonnées et intentionnées sont un phénomène fréquent pendant l'épilepsie. Je ne puis pas ne pas rappeler les cas classiques de Trousseau concernant le président du tribunal et l'architecte, ainsi que celui de Magnan concernant l'homme qui était tombé à la rivière ; dans ces cas, des actions intentionnées, mais parfaitement inconscientes, jouaient le rôle d'équivalent dans l'épilepsie petit-mal.

L'automatisme épileptique peut aussi y être rapporté (Funajoli) (1). D'après les observations de Frenkel (2) l'automatisme épileptique peut apparaître avant l'accès convulsif, après l'accès et comme son équivalent ; c'est l'état que Charcot a nommé crises comitiales ambulatories. Je connais moi-même un cas où un marchand de Saint-Petersbourg s'est trouvé être à Kiew un beau jour, sans savoir comment ni pourquoi. Il y conclut plusieurs transactions commerciales, qu'il ne se rappelait positivement pas, mais qui étaient tout à fait en règle. Un cas semblable (3) a été décrit par moi encore avant le

(1) Funajoli. Di un caso di determinismo ambulatorio. *Riforma medica* 1893.

(2) Frenkel. L'automatisme dans l'épilepsie et dans les autres maladies nerveuses, 1890.

(3) Kovalevsky. *Analyses médico-psychologiques*, t. I, p. 55.

cas que je viens de citer. Un soldat souffrait d'accès épileptiques ; parfois ces accès se remplaçaient par un état tout à fait particulier. Cet état ressemblait à un songe et durait de trois à quatre jours ; ensuite le malade reprenait connaissance, gardant un souvenir confus de ce qui s'était passé pendant l'accès. Il avait fait la tentative de désertir pendant qu'il se trouvait dans un pareil état et il est sous jugement en ce moment pour une seconde tentative semblable. Voici comment il raconte sa seconde évasion : il était à Kiew ; tout à coup il ressentit l'envie irrésistible de revenir à la maison. Il se mit en route, sans raisonner ce qu'il faisait et sans se cacher. Il marcha pendant cinq jours et se trouva aux limites du gouvernement de Poltava ; il ne se rappelait pas avec quoi il s'était nourri en route. Arrivé à son village natal, il revint à lui. Que faire ? Revenir était dangereux, il aurait eu à subir un châtiment. Se montrer au village ne l'effrayait pas moins. Il erra pendant deux ou trois jours, jusqu'à ce qu'il fut arrêté et dénoncé à l'administration.

Des cas très intéressants d'automatisme épileptique ont été décrits par Aveta (1), Semelaigne (2), Cabade (3), Raymond (4) et autres.

ÉPILEPSIE PSYCHIQUE (*Epilepsia psychica*). — Nous distinguons deux espèces d'épilepsie psychique : à la première se rapportent les cas dans lesquels la fureur épileptique s'ajoute aux convulsions ; à la seconde ceux dans lesquels la fureur épileptique se manifeste comme symptôme isolé ; dans les deux cas le tableau de la fureur épileptique est tout pareil.

Les personnes atteintes d'épilepsie psychique souffrent ordinairement d'une hérédité pathologique très lourde et portent, depuis leur naissance, ainsi que les autres membres de leur famille, les tares de la dégénérescence qui se manifeste par des défauts et des troubles physiques et par toute une série d'affections nerveuses. Les accès de fureur épileptique n'apparaissent jamais subitement, mais sont précédés de prodromes

(1) Aveta. *Bolletino del manicomio Fleurent*, 1892.

(2) Semelaigne. *Annales médico-psycholog.*, 1894.

(3) Cabade. *Archives clin. de Bordeaux*, 1895.

(4) Raymond. *Gazette des hôpitaux*, 1895.

semblables à ceux de l'épilepsie convulsive ; le plus souvent les prodromes prennent la forme d'altérations de la sensibilité affective et de l'humeur.

On observe, en outre, chez ces malades, l'absence d'appétit, l'insomnie, de la somnolence, sommeil inquiet, rêves effrayants, cauchemars ; les malades tressaillent et poussent des cris en songe et éprouvent la sensation de tomber dans le vide ; leur humeur est chagrine et déprimée, ils sont capricieux, extrêmement irritables et colères, souffrent de violents accès d'angoisse précordiale, de trouble, de soupçons, d'anxiété, d'attaques de terreur qui n'a aucune raison d'être, font preuve de méfiance, de distraction pendant la conversation, de négligence et d'indifférence dans l'accomplissement de leur devoir, disent des phrases et commettent des actions absurdes dont ils ne gardent aucun souvenir ; ils perdent facilement la faculté de contrôler leurs actes et se laissent aller à un état d'exaltation, alléguant comme excuse qu'ils n'étaient pas en état de se maîtriser, etc.

Tous ces phénomènes, ainsi que beaucoup d'autres, peuvent se manifester dans les combinaisons les plus variées et à un différent degré d'intensité ; mais toutes ces manifestations sont à un tel point faibles et peu importantes comparativement à la violence et à l'intensité excessive de l'accès de fureur épileptique qui les suit, qu'on a l'impression que l'accès a éclaté *subitement*, et ce n'est qu'ensuite, quand l'accès de fureur a passé, que les parents et les personnes environnantes commencent à se souvenir que l'accès avait réellement été précédé de prodromes.

Au moment où l'accès de fureur va éclater, les malades ressentent subitement une angoisse et une terreur telles, que leur système nerveux en est ébranlé jusque dans ses moindres fibres. Ils ont en même temps une foule d'illusions et d'hallucinations qui les frappent de terreur. Les malades voient des cadavres, des diables, des gendarmes, des cimetières, une mer de sang, la guillotine ; ils entendent des paroles menaçantes, le son des cloches, un bruit sourd, des cris ; ils sentent une odeur violente, ont l'impression que du feu et de la résine fondue leur brûlent la peau. Toutes ces sensations ang-

mentent encore l'état de terreur et d'angoisse dans lequel ils se trouvent. Les images mentales les plus déconues et les plus absurdes passent en masse par leur esprit. L'association de ces images mentales, la formation de conceptions et le raisonnement ne sont presque pas possibles, vu l'existence de tant d'hallucinations et la succession aussi rapide des images mentales.

Les épileptiques parlent sans discontinuer, ils crient, chantent et se disputent. Leurs actions sont désordonnées, comme leurs discours sont déconus. Ils ont une tendance excessive à des actes violents et à la destruction de tout ce qui les entoure. Ils essaient de mordre, de déchirer, de battre, de tout casser et se donnent même des coups avec la tête contre le mur. Cet état de fureur atteint parfois une telle violence, qu'il frappe de terreur tous ceux qui le voient, même les personnes les plus expérimentées. De même que les malades qui passent par l'accès sont saisis d'une terreur sans nom, paralysant leurs centres d'inhibition, ainsi ceux qui les entourent sont frappés de terreur panique à la vue de cette fureur. Tous les aliénistes s'entendent à dire que les crimes des épileptiques furieux frappent et glacent de terreur par leur atrocité. Les témoins de ces crimes sont pétrifiés et saisis d'horreur en voyant la brutalité et la férocité du criminel épileptique. En commettant un homicide, les épileptiques ne se bornent pas à un coup, même si leur but était atteint. Au contraire, ils trouvent de la jouissance dans leur férocité et continuent à tourmenter et à immoler leur victime, déjà morte. Ces crimes sont d'autant plus terribles qu'ils se commettent sans motif ou pour un motif si futile, que l'absurdité et le manque de sens du crime sautent aux yeux à première vue et prouvent l'état morbide des facultés intellectuelles du criminel. Pour la plupart, les épileptiques ne choisissent même pas la victime de leur crime, et le commettent sans faire la moindre attention au lieu, au temps, à l'arme qui leur tombe sous la main et à la personne qu'un malheureux hasard met sur leur chemin au moment fatal. Sous l'influence d'une affection profonde de leur sensibilité affective et d'une masse d'hallucinations, les épileptiques perdent toute

compréhension de la réalité et vivent dans une espèce de chaos. Mandsley, Falret et Trouseau disent, presque mot pour mot, la même chose, concernant les crimes de pareils individus. « Quand nous entendons parler d'un crime atroce et terrible, manquant de motif et commis d'une manière absurde, nous avons la pleine conviction qu'il a été commis par un épileptique. » Cependant, malgré ces manifestations désordonnées de la fureur épileptique, il y a des cas malheureux, où les épileptiques commettent pendant les accès des actions qui ont l'air d'être intentionnées et préméditées. Une prudence extrême doit être observée dans ces cas, par l'expertise médico-légale. Il y a des cas où les impulsions à l'homicide sont remplacées par les impulsions au viol, comme c'était le cas dans le fait cité par Hospital (1) et en partie dans un de mes cas.

Un grand nombre d'épileptiques ont la tendance à faire des voyages pendant les accès d'épilepsie psychique. Parfois, le voyage d'un pareil individu ressemble à une fuite sauvage et destructive, tandis que d'autres fois il n'est que bizarre.

L'accès d'épilepsie psychique ne dure jamais longtemps : depuis quelques heures jusqu'à quelques jours. Plus l'accès est court, plus il se manifeste d'une manière violente et intense, — les accès de forme procursive sont beaucoup moins violents et se manifestent d'une manière rémittente, tantôt en s'aggravant, tantôt en s'atténuant et en s'éteignant.

Tous les cliniciens qui ont observé des cas d'épilepsie psychique s'accordent à dire que ces accès se terminent aussi subitement qu'ils ont éclaté.

Dans tous les cas d'épilepsie psychique, la fureur est suivie d'une période d'épuisement, de fatigue physique et psychique. Le patient est dans un état de somnolence ou de demi-somnolence ; parfois l'accès de fureur est suivi d'un véritable sommeil et souvent, après avoir commis le crime le plus atroce et le plus brutal, le malade s'endort à côté de sa victime, endormie pour toujours.

(1) Hospital. *Annales médico-psycholog.*, 1891, 1.

Cette période de dépression, qui suit l'accès d'épilepsie psychique, dure un espace de temps différent : chez les uns elle passe très vite, chez les autres elle dure plus longtemps. Souvent l'intensité et la durée de l'état de dépression est proportionnelle à l'intensité de l'accès. Ce qui offre un intérêt particulier, c'est l'indifférence et l'insensibilité morales que nous rencontrons chez les épileptiques psychiques après l'accès. Après avoir tué de la manière la plus brutale leur père, leur mère, leur femme ou leurs enfants innocents, ils montrent tout de suite après l'accès une complète indifférence envers les victimes de leur crime. Pour les personnes qui n'ont pas vu de près un état morbide semblable, l'indifférence morale du criminel épileptique paraît suspecte et sert de preuve de sa culpabilité, tandis qu'elle n'est en réalité qu'une manifestation de l'épuisement général de l'activité nerveuse centrale. Il arrive que pendant la période suivant l'accès, la conscience des malades s'altère d'une manière toute particulière ; cet état se nomme mutisme (F. Eisner) et consiste en ce que les malades perdent la faculté de s'orienter par rapport au *temps*, à la *localité* et aux *mots* ; ils prennent le matin pour le soir et le soir pour le matin, un endroit ou un logement pour un autre, et emploient un mot pour un autre. « Tout ce qu'ils font pendant ce temps leur paraît un rêve. »

Presque après chaque accès de fureur épileptique, les malades perdent le souvenir de ce qui s'est passé ; cet état porte le nom d'*amnésie* ; ce n'est que dans les cas les plus rares que les malades gardent un souvenir confus de ce qui s'est passé pendant l'accès. Il y a des cas où les épileptiques, ayant commis un crime dans un accès de fureur, se le rappellent pendant un certain temps et peuvent en raconter tous les détails, mais ensuite ils l'oublient complètement ; cet état a été nommé par Ottolenghi (1) *amnésie tardive*.

Le tableau de l'épilepsie psychique, qui vient d'être décrit, ne se répète certainement pas toujours identiquement et il existe beaucoup d'autres variétés de

(1) Ottolenghi ; *Rivista sperimentale di freniatria*, t. XVI et XVII.

formes d'épilepsie ; celle d'entre elles qui mérite le plus d'attention, c'est le *caractère épileptique*.

Les individus qui en souffrent sont depuis leur enfance irritables, hargneux, opiniâtres, colères, enclins à toute espèce d'agitations et d'emportements, provoqués par la cause la plus futile. Ces traits sont à un tel point accentués, inexplicables et tenaces, qu'involontairement on en cherche la raison dans l'état de l'organisme de la personne donnée. C'est d'autant plus juste, que le plus souvent tous les efforts pour corriger un pareil caractère échouent. Il arrive qu'en s'emportant, les épileptiques perdent complètement la tête et la conscience de leurs actes. L'expérience prouve que de pareils individus sont enclins à des troubles de l'esprit et à des manifestations de l'épilepsie très violentes. Il faut avouer que, enfants de psychopathes, de névropathes, d'ivrognes, de criminels, ces personnes essuient depuis leur enfance toute espèce d'infortunes et sont élevées dans un milieu de misère, de dépravation ou de cruauté, ou bien elles sont excessivement gâtées et habituées qu'on cède à tous leurs caprices maladroits. Depuis leur enfance elles sont dissimulées, manquent de franchise, de confiance et, à un certain degré, d'esprit ; elles sont très présomptueuses et très effrontées, parfois elles ont en même temps comme des lueurs de bonté et de charité de cœur. Après y avoir cédé, elles deviennent d'autant plus grossières et plus brusques, comme si elles avaient honte de leur faiblesse. Il est rare que ces personnes reçoivent une éducation régulière.

Ayant des capacités tout à fait suffisantes, ces malades sont paresseux et négligents en ce qui concerne leurs études ; ils ne peuvent concentrer leur attention et s'arrêter sérieusement sur rien du tout. C'est le motif qui les fait transférer d'un établissement à un autre. La même chose se répète avec les métiers. Après de longues épreuves, ils commencent leur vie indépendante sans connaissances suffisantes, sans patience et sans goût pour le travail, tout en ayant de très grandes exigences.

Dès le début, ils échouent dans tout ce qu'ils entreprennent et deviennent aigris, envieux, impatients et dissimulés ; ils se mettent à boire, à mentir ; la vie et l'humanité ne leur inspirent qu'un froid dédain, ils ont

des emportements subits et fréquents qui peuvent devenir dangereux même pour les personnes qui n'y prennent aucune part. Voici comment des aliénistes qui les ont observés avec le plus grand soin, s'expriment sur eux : Falret trouve qu'ils sont « difficiles à vivre » ; Legrand du Saulle les nomme « épileptiques égoïstes et au cœur sec ». Ces individus n'ont jamais un esprit éminent, ils l'ont médiocre au contraire, et même au-dessous de la médiocrité. Ils n'ont ni force de caractère, ni constance et sont légers et superficiels. Ils sont extrêmement bourrus, dissimulés et soupçonneux. Les impulsions d'un bon sentiment leur manquent complètement ; ils sont égoïstes au plus haut degré, irritables ; leur horizon intellectuel est très étroit, leurs convictions religieuses confuses, leur sentiment sexuel surexcité. S'ils commettent un crime, il est très difficile d'obtenir qu'ils vous en disent la vérité. Il faut beaucoup de patience et d'effort pour parvenir à ce qu'ils vous fassent un récit véridique de leur vie.

Ces individus sont dangereux pour la société, car leurs fugues, leurs actes insolites et leurs crimes sont toujours inattendus et peuvent être atroces. En observant et en comparant l'organisation physique et psychique des épileptiques moralement dépravés et des criminels, Lombroso a trouvé une grande analogie entre les uns et les autres sous tous les rapports.

Les individus à caractère épileptique se distinguent par une humeur triste et taciturne, une tendance à l'emportement, à l'irritabilité et à la colère. Parfois ils se rendent eux-mêmes compte qu'ils se trouvent sur la limite de la raison et de la déraison. Ils ressentent souvent de la haine envers les personnes qui leur sont proches et chères ; les causes les plus futiles peuvent leur faire beaucoup de peine ; ils souffrent d'une tristesse et d'une angoisse extrêmes et inexplicables, s'imaginent que tous ceux qui les entourent les soupçonnent et sont injustes envers eux, ou bien ils se croient eux-mêmes fantômes envers ceux qui les entourent. Ils sont soupçonneux, vindicatifs, rusés et dissimulés, enclins à calomnier et à dénoncer ce qu'il font avec l'air le plus caudide ; ils ont des dispositions innées à l'espionnage. Peu à peu leur mémoire faiblit, leur imagination s'éteint et leurs

sentiments se dessèchent. Parfois ils se sentent attirés vers l'ascétisme tout en tâchant de tirer profit de leur piété et de leur bigoterie. Tout en paraissant avoir la douceur de l'agneau, l'innocence d'un ange, l'expression du visage d'un martyr, ils se distinguent par une grossièreté et une effronterie extrêmes. Charcot dit que ces individus-là portent un livre de prière en poche, le nom de Dieu en bouche, la bassesse et l'infamie dans leur âme. Ils sont souvent flatteurs et obséquieux et en même temps arrogants, se croient supérieurs à tout le monde et aiment à se vanter de leurs capacités.

Ils frappent par leurs changements brusques et inattendus. Vous les voyez vivre d'une manière retirée, tranquille et sans bruit ; leur entourage s'habitue à eux et voilà qu'ils font un scandale tout à fait imprévu et inattendu.

Ces malades sont particulièrement dangereux par leur tendance exclusive à l'homicide, à des meurtres tout à fait imprévus et absurdes, qui manquent complètement de motif, ou bien dont les motifs sont parfaitement absurdes et futiles. Ce qui est remarquable, c'est que souvent ils commettent leur crime d'après un plan systématique et prémédité. L'idée leur en vient seulement ; mais, une fois née, elle s'empare de tout leur être. Elle devient le centre de leur vie intellectuelle, leur passion. Ils choisissent soigneusement leur plan d'action, en méditent les moindres détails, prévoient tous les hasards possibles et le mettent finalement en exécution avec la plus grande précision et un sang-froid parfait. La personnalité de leur victime leur est indifférente. Ils aspirent à voir du sang, à commettre un crime. Ils se sentent irrésistiblement poussés à le faire et ne peuvent s'en abstenir. C'est une nécessité de leur vie, une impulsion morbide et les impulsions morbides sont bien plus violentes que les impulsions normales. Ce qui est le plus remarquable, c'est que souvent ils se rendent compte combien leur action est criminelle et cependant ils ne peuvent y renoncer. Parfois, ils ont les mêmes impulsions irrésistibles à l'incendie, au suicide, aux rapports sexuels, etc. Si quelque chose les empêche de satisfaire leur passion, ils en sont ensuite eux-mêmes contents, jusqu'au moment où

une nouvelle idée absurde et terrible leur vient en tête.

D'après les traits généraux de leur vie, les individus à *caractère épileptique* ressemblent à la catégorie des épileptiques qui, sous l'influence d'accès fréquents et violents, passent peu à peu d'un état intellectuel normal à la démence. La différence consiste en ce que les personnes à caractère épileptique ne présentent pas d'accès épileptiques visibles, quoiqu'on ne puisse nier des accès épileptiques nocturnes (Falret, Legrand du Saulle et autres) que les malades ne se rappellent pas et qui échappent à l'attention des personnes qui les entourent. C'est d'autant plus possible que beaucoup de ces malades tombent du lit la nuit, se font sérieusement mal et, en se réveillant, ne se rappellent ni qu'ils sont tombés, ni qu'ils se sont fait mal.

Del Greco (1) attire notre attention sur le tempérament des épileptiques, nommant tempérament la réaction de tout l'organisme aux excitations extérieures. Il a trouvé que leur taille, les rapports de leur taille à l'ouverture des mains, les dimensions du crâne, etc., ont beaucoup de tendance à s'écarter de la normale dans telle ou autre direction. Nous rencontrons très souvent chez les épileptiques : une asymétrie du crâne, du visage, des deux côtés du corps, etc., une sensibilité affaiblie de tous les organes, surtout du côté atteint par les convulsions ; après l'accès, une énergie plus grande de tous les réflexes, même de ceux qui sont en général plus énergiques chez eux, une disposition aux convulsions, une grande excitabilité, une tendance à des crises de colère et à des actes violents. Les convulsions musculaires sont généralement accompagnées de perte de connaissance, d'actes automatiques et impulsifs, d'agitation et parfois d'un obscurcissement de la conscience. L'agitation peut se montrer indépendamment d'autres symptômes et survient toujours subitement. Les accès épileptiques font empirer l'état neurasthénique, la dépression de la conscience et sont suivis d'un sentiment d'oppression qui pèse sur tout l'organisme.

(1) Del Greco. Il temperamento epilettico, *Il manicomio moderno*, 1893.

L'énergie nerveuse se développe d'une manière inégale, ce qui fait que la réaction des centres nerveux ne correspond pas aux stimulations. Les idées des épileptiques se forment d'une manière irrégulière. L'état déprimé de la sensibilité affective, l'altération de la circulation du sang et de la respiration, ainsi que l'excitabilité psychomotrice, contribuent d'un côté au développement des idées de soupçons, de crainte et de pitié, d'un autre à celui des actions et des tendances agressives. Grâce aux troubles passagers de la conscience, toutes ces idées se mettent parfois immédiatement en exécution. A mesure que la conscience revient, les idées de crainte et les actes impulsifs disparaissent tandis que le penchant aux soupçons et à une pitié exagérée reste, ce qui fait que les actions calmes et pleines de bonnes intentions du malade s'alternent avec des emportements de colère et des actes exprimant une vanité malade quand il ne s'observe pas et se laisse ouvertement aller à ses mauvais instincts. Accompagnés de vertiges épileptiques, ces traits de caractère dangereux ont la tendance à devenir stables ; chez de pareils malades nous rencontrons des arrêts plus fréquents et plus graves du développement des idées et des actions. Leurs capacités intellectuelles bornées et l'état déprimé de leur sensibilité affective les empêchent d'exprimer leur sympathie aux personnes qui les entourent ; cette raison, ainsi que l'irascibilité et les fréquentes tendances agressives, donnent à leur caractère un certain cachet d'égoïsme, ce qui a donné lieu d'y chercher une prédisposition aux crimes. Au point de vue diagnostique, chaque phénomène nerveux ou psychique qui frappe par son caractère imprévu et ne correspond pas avec la conduite générale de l'individu, est un symptôme d'épilepsie rudimentaire et peut être rencontré à l'état de symptôme isolé dans les états morbides les plus différents. Ce n'est qu'en voyant chez le malade, excepté ces traits, la plupart des symptômes cités plus haut, que nous pouvons avec sûreté poser la diagnose d'épilepsie constitutionnelle et prévoir, d'après les symptômes existants, ceux qui ne se manifestent pas, mais qui sont propres à l'épilepsie.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1897.

Présidence de M. Paul GARNIER.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Dupain et Joffroy s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de remerciements de M. Kéraval, nommé membre correspondant à la dernière séance ;

3° Une circulaire du Ministère de l'Instruction publique, annonçant que le prochain Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira le 13 avril 1898.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Les localisations des fonctions motrices de la moelle épinière* ; par le D^r Fritz Sano, de Bruxelles ;

2° *Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie*, par le professeur R. von Krafft-Ebing, 2^e fascicule ;

3° *Dell osteo artropatia ipertrofica pneumica*, par le D^r Roberto Massalongho ;

4° *Bulletin de la Société française de tempérance*, 1897, n° 7 ;

5° *Gazette du manicomio de Macerata*, 1897 n° 3 à 6.

*Rapport sur les candidatures
à trois places de membres titulaires.*

M. PAUL SOLLIER. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Ballet, Briand, Febvry, Sollier et Taguet, de vous proposer une liste de

présentation des candidats à trois places de membres titulaires de notre Société. Ces messieurs m'ont à leur tour chargé du soin de vous exposer les considérations qui nous ont guidés dans cette présentation. Les auteurs ayant omis pour la plupart de nous adresser une liste de leurs titres scientifiques et autres, nous aurions pu être embarrassés, si fort heureusement ils n'étaient déjà connus de nous. Mais je crois bon de faire remarquer que c'est là une manière de procéder regrettable et qu'il serait bon à l'avenir que les candidats voulussent bien envoyer à la commission l'exposé de leurs titres, en y joignant leurs principaux travaux.

Sept candidats sont en ligne. Mais la commission n'en a retenu que six, l'un d'eux, M. Marie, de Dun-sur-Auron, ne rentrant pas dans les conditions d'éligibilité exigées par nos statuts. La question de savoir si le fait d'avoir un pied-à-terre à Paris, alors que le domicile et les fonctions sont hors du département et des asiles de la Seine, constitue le droit de se faire admettre comme membre titulaire, a été en effet tranchée autrefois dans le sens négatif, à propos d'un cas identique à celui de M. Marie. Ce précédent, conforme d'ailleurs à l'esprit et à la lettre de nos statuts, nous a mis dans l'obligation de ne pas tenir compte dans la liste de présentation de la candidature de M. Marie. Nous ne pouvons que souhaiter que ses fonctions le rapprochent bientôt de nous, et puisqu'il croit pouvoir assister aussi fréquemment à nos séances que les membres résidants, de nous apporter le plus souvent possible son concours dans nos discussions.

Un des plus anciens membres correspondants de notre société, M. le D^r Brunet, directeur médecin honoraire de l'asile d'Evreux, aujourd'hui en retraite et habitant Paris, avait tous les droits à voir transformer son titre en celui de membre titulaire. Sa longue carrière dans les asiles, commencée il y a quarante et un ans dans le service de M. Delasianve, me dispense de m'étendre, si peu que ce soit, sur les titres de M. le D^r Brunet que votre Commission vous propose en première ligne.

Je ne vous rappellerai pas davantage ceux de M. le D^r Deny, médecin de l'hospice de Bicêtre, auquel on ne peut que reprocher d'avoir attendu si longtemps pour poser sa candidature. Nous ne lui en tiendrons pas

rigueur néanmoins et nous espérons qu'en le présentant en seconde ligne à vos suffrages, nous nous assurons une recrue qui tiendra à cœur de nous faire oublier son long éloignement de notre Société.

M. le D^r Boissier, ancien interne des asiles de la Seine, lauréat de notre Société (Prix Esquirol 1892), dont il est membre correspondant depuis 1894, auteur de plusieurs mémoires ayant tous trait à la pathologie mentale, publiés soit dans les *Archives de neurologie*, soit dans les *Annales médico-psychologiques*, travaux toujours très consciencieux qui nous permettent d'espérer, en nous l'adjoignant, un utile concours, nous a paru tout désigné pour la troisième place.

Néanmoins, votre Commission a cru devoir présenter *ex æquo* avec lui M. le D^r Henry Meige, ancien interne provisoire des hôpitaux, où il a passé par les services de MM. Falret et Auguste Voisin, secrétaire de la rédaction de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. A côté des leçons sur les maladies nerveuses de M. Brissand et de celles de notre collègue, M. Séglas, sur les maladies mentales, qu'il a recueillies et publiées, M. Meige s'est tout particulièrement signalé à l'attention de tous ceux qui s'intéressent à toutes les faces de la neuro-pathologie et de la psychiatrie, par de très nombreux travaux sur les rapports de l'art avec ces deux sciences et avec la médecine en général. C'est un point de vue auquel tout le monde ne peut pas se placer, et ces recherches qui pourraient paraître à quelques-uns d'un intérêt secondaire, sont au contraire extrêmement attachantes, surtout quand elles sont, comme c'est le cas, exposées par un esprit délicat et judicieux et dans un style élégant, et peuvent être en même temps d'une grande valeur pour l'histoire de certaines maladies à des époques où la photogravure n'était pas encore là pour illustrer les types morbides qu'on décrivait.

En s'associant M. le D^r Henry Meige, la Société s'assurera le concours d'un travailleur et d'un artiste.

Votre Commission s'est trouvée ainsi dans l'obligation de placer seulement en cinquième ligne, M. le D^r Legras, médecin-adjoint du dépôt de la Préfecture de police, qu'en raison même de ses fonctions, qui permettent de faire tant d'observations utiles, elle aurait voulu

pouvoir vous proposer en meilleure ligne. Malheureusement, M. le D^r Legras s'est très longtemps tenu éloigné et de notre Société et des Congrès de médecine mentale où s'établit la fusion entre tous les aliénistes de France. Il est cependant de la catégorie de ces travailleurs modestes dont l'expérience et le savoir aiment mieux se manifester dans des discussions orales que dans des mémoires imprimés, et dont la place se trouve ainsi toute marquée dans des Sociétés comme la nôtre où le côté pratique et clinique occupe le premier rang. Nous souhaitons donc que M. le D^r Legras apprenne le chemin de la Société médico-psychologique, en venant quelquefois nous apporter les observations intéressantes qu'il a l'occasion de recueillir, et nous ne doutons pas qu'à la première vacance il trouve sa place toute marquée parmi nous.

A ce propos, je me demande s'il ne serait pas bon que notre Société adoptât la manière de faire de certaines Sociétés qui exigent que les candidats au titre de membres titulaires, fissent une ou plusieurs communications préalables. Tout le monde n'aurait qu'à y gagner.

Nous avons réservé la dernière place sur notre liste à M. le D^r Le Fillâtre, ancien interne des asiles de la Seine, docteur de 1895, et dont les titres ne sont pas encore de nature à compenser son peu d'ancienneté. Vous me permettrez donc de ne pas insister davantage. Votre Commission vous propose donc, Messieurs, la liste de présentation dans l'ordre suivant : 1^o M. le D^r Brunet ; 2^o M. le D^r Deny ; 3^o et *ex æquo*, MM. les D^{rs} Boissier et Henry Meige ; 4^o M. le D^r Legras ; 5^o M. le D^r Le Fillâtre.

Premier tour de scrutin. — Sur 93 votants, ont obtenu :

MM. DENY. . . .	22 voix.
BRUNET. . . .	18 —
BOISSIER. . . .	16 —
LEGRAS. . . .	14 —
LE FILLATRE. . .	11 —
HENRY MEIGE. . .	5 —

MM. DENY et BRUNET sont élus membres titulaires.

Second tour de scrutin — Ce second tour de scrutin,

nécessaire pour la troisième place vacante, amène l'élection de M. BOISSIER, par 14 voix sur 32 votants, contre 10 à M. LEGRAS, 7 à M. LE FILLIATRE, et 1 à M. HENRY MEIGE.

Election du bureau de 1898.

1° Il est procédé au scrutin pour l'élection d'un vice-président.

Sur 30 votants, ont obtenu :

MM. JULES VOISIN. . .	25 voix.
GILBERT BALLE. . .	2 —
BRUNET.	1 —
LEGRAIN.	1 —
SEGLAS.	1 —

M. JULES VOISIN est élu ;

2° M. RITTI est réélu secrétaire général par acclamation ;

3° MM. RENÉ SEMELAIGNE et PAUL SOLLIER sont réélus secrétaires annuels par acclamation ;

4° M. BRUNET est nommé trésorier par acclamation.

Le Conseil de famille est constitué par les membres du bureau, auxquels sont adjoints les deux derniers présidents, MM. CHARPENTIER et PAUL GARNIER.

Le Comité de publication est composé de MM. BALLE, BOUCHEREAU et VALLON.

La Commission des finances est composée de MM. CHRISTIAN et FALRET.

La séance est levée à cinq heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 31 JANVIER 1898

Présidence de MM. Paul GARNIER et MEURIOT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Mort de M. Mesnet.

M. PAUL GARNIER annonce la mort de M. Mesnet, membre honoraire de la Société et donne lecture du

discours qu'il a prononcé sur sa tombe. (V. plus loin aux *Variétés*.)

Installation de bureau.

M. PAUL GARNIER. — Messieurs et chers collègues, en prenant place, il y a un an, à ce fauteuil — que, tout à l'heure, je quitterai, mais non sans emporter une vive reconnaissance pour la marque de bienveillante estime dont vous m'avez honoré — je prévoyais pour cette période que nous allions parcourir ensemble des communications importantes de nature à solliciter l'attention de tous et amener à la tribune un grand nombre d'orateurs.

À ce propos, je disais qu'il ne vous déplairait sans doute pas que les discussions fussent animées, traversées, au besoin, par des controverses ardentes; car après des débats, même passionnés, il y a toujours une part de vérité qui se dégage. La lutte n'est-elle pas, d'ailleurs, dans nos milieux scientifiques, comme dans le milieu social, la condition même de la vie et du progrès?

Il faut reconnaître, Messieurs, que cette espérance a été largement réalisée; l'année 1897 marquera certainement parmi celles où nos réunions ont été le plus occupées et ont présenté l'intérêt le plus vif.

Examinons donc rapidement, si vous le voulez bien, le bilan scientifique de l'année pour nous conformer à une tradition qu'il n'y a pas de raison de laisser tomber en désuétude.

Une grande et ample discussion sur la valeur de la méthode dite de l'*Open-door*, en a été certainement le trait caractéristique. Après les commentaires dont M. Toulouse a accompagné la présentation de son originale étude « sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie », le débat sur les *asiles à portes ouvertes* s'est engagé. M. Febvre, dans un judicieux exposé, a, d'abord, très nettement indiqué les difficultés de la question et formulé de sages réserves.

M. Marandon de Montyel, si documenté sur ce sujet spécial, est venu ensuite nous apporter l'expression d'une ardente conviction sur les avantages de l'*Open-*

door, et, dans la manifestation très franche de son enthousiasme pour la nouvelle méthode et l'organisation de certains établissements étrangers, vous l'avez trouvé parfois sévère à l'endroit de nos asiles français.

Si, suivant le précepte des moralistes, la vitupération est plus saine à l'esprit que la louange, notre collègue nous aura rendu un signalé service. La même remarque, toutefois avec une nuance d'atténuation, pourrait s'appliquer aux discours de MM. Colin et Pactet, qui ont appuyé, l'un avec une incontestable force, l'autre à l'aide d'une argumentation fine et serrée, les idées contenues dans la brillante dissertation de Marandon de Montyel.

En M. Christian qui leur a répondu, l'*Open-door* a trouvé de bien moins favorables dispositions. Notre distingué collègue, qui avait déjà fait connaître son opinion dans un article tout imprégné d'humour et de spirituelle critique, ne s'est pas laissé ébranler par les faits que ses contradicteurs ont apportés à cette tribune.

Il y a lieu, dans cette question, suivant lui, de faire la part de certaines illusions qui tendent à disparaître lorsqu'on juge froidement les choses et dès que, des hauteurs de la théorie, on descend au terre à terre de la pratique.

Il a bien peur, en somme, que l'asile aux portes ouvertes ne soit surtout l'asile du désordre, et il estime que l'on octroie actuellement aux aliénés, dans les établissements bien tenus tout au moins, à peu près toute la somme de liberté qui est compatible avec l'existence de la folie.

Le fameux village, réunion de coquettes villas, de riants cottages où vivraient en paix nos pauvres insensés, ne lui apparaît guère que comme une fiction.

M. Toulouse, en intervenant dans le débat, a saisi une toute naturelle occasion de défendre une idée qui lui est chère : le dédoublement des grands services.

Quelques-uns des arguments dont il s'est servi ont provoqué un malentendu rapidement dissipé, d'ailleurs ; car, ici, Messieurs, le désaccord ne saurait jamais être disconformité.

Sur un très clair discours de M. Sollier, en réponse aux assertions de M. Toulouse et après quelques

remarques de MM. Colin et Christian, cette mémorable discussion a été déclarée close.

Soyons persuadés, Messieurs, que ce ne sera pas sans quelque profit que tant d'idées ont été remuées. Jetées au vent de la controverse, disséminées en tous sens, celles qui portent en elles-mêmes un germe de vérité trouveront bien un jour le sol fécond qui assurera leur développement.

Enfin, vous avez entendu, dans nos dernières séances, les intéressantes observations médico-légales de MM. Guibert, Légras et Vallon.

Chacune d'elles renferme de curieux détails qui méritaient certainement d'occuper l'attention de la Société. Je ne dois pas oublier non plus la communication de M. Sollier sur un cas de paralysie générale juvénile d'origine hérédo-syphilitique qui a fourni à plusieurs de nos collègues, prétexte à des remarques instructives sur cette difficile question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis.

Lors de notre séance solennelle, nous avons eu le plaisir de couronner de jeunes confrères appelés à devenir bientôt, sans doute, nos collègues : MM. Battier, Lelong, Rieder, Bonnet et Manpaté, sur les conclusions des consciencieux rapports de MM. Ségla, René Semelaigne et Blin. Mais cette séance nous a encore donné un plaisir où l'esprit et le cœur avaient à la fois leur part : celui d'entendre notre distingué secrétaire général, M. Ritti, louer dans le magnifique langage dont vous avez certainement conservé le souvenir, l'une des plus belles figures de la science psychiatrique française, le regretté Calmeil, mort chargé d'ans et entouré de notre vénération.

Messieurs, la mort a fait des vides cruels parmi nous, cette année. Nous avons dit, à l'heure si triste de leur disparition, un dernier adieu et rendu un sincère hommage à Ch. Loiseau, que les occupations absorbantes de la vie publique n'avaient pas réussi à nous prendre tout entier ; à Luys, esprit si primesautier et original qu'une sorte de témérité scientifique entraînait parfois très loin, mais qui n'en a pas moins laissé une œuvre considérable ; à Camuset, ce savant si modeste et si sympathique, travailleur infatigable, d'une érudition si profonde ; enfin, presque à la date d'hier, à Mesnet que

la maladie tenait depuis si longtemps éloigné de nous.

Tous, par leurs remarquables travaux, par le prestige de leur renom scientifique, ont fait honneur à notre compagnie qui leur garde un pieux souvenir.

Nous avons, au milieu de ces peines et de ces regrets, la satisfaction de voir venir à nous un assez grand nombre de travailleurs, et nous avons été heureux de recevoir comme membres titulaires, MM. Brunet, Deny et Boissier. Je puis ajouter que la Société a montré, d'une manière bien significative, son regret de n'avoir pas en une place de plus pour l'attribuer à M. le D^r Legras qui s'est acquis d'incontestables titres à vos suffrages, puisque, depuis trente-cinq ans, il n'a pas cessé de s'occuper de pathologie mentale, tant à ses débuts dans la carrière, comme interne de Delasiauve que comme suppléant du professeur Béhier, dans la visite des asiles privés de la Seine, inspecteur titulaire des asiles publics, médecin de l'Infirmierie spéciale et expert près les tribunaux. Avec de tels services, il a sa place bien nettement marquée parmi nous.

Nous avons accueilli avec empressement, comme associés étrangers, MM. Ziehen, de Sanctis, Béca, Sanjuan, et membres correspondants, MM. Toy, Pailhas, Bourdin, Guibert, Thibaud et Kéraval.

Qu'ils soient assurés de trouver parmi nous l'accueil le plus empressé; leur arrivée dans nos rangs est une promesse de nouvelle activité scientifique.

Enfin, nos plus cordiales félicitations sont dues à MM. Legrain et Jules Voisin, lauréats de l'Institut et de l'Académie de médecine, à nos distingués et sympathiques collègues, MM. Goujon et Raymond promus récemment, commandeur et officier de la Légion d'honneur.

Messieurs, ma tâche est terminée; je vais reprendre ma modeste place parmi vous. Pourtant, avant de quitter cette tribune, où mes fonctions ont été rendues si faciles, si agréables par votre amabilité et votre bienveillance, je veux encore vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos travaux. Je manquerais à tout ce que me commande la reconnaissance si je ne remerciais aussi cordialement notre cher Secrétaire général, M. Ritti, dont l'obligeant

et précieux concours est là, toujours prêt à venir en aide au président qui n'a plus, ainsi, qu'une mission singulièrement douce à remplir.

De mes collègues du bureau, j'ai obtenu la même collaboration affectueuse ; je désire, au moment de les quitter, leur en témoigner toute ma gratitude, et plus particulièrement à M. Meuriot que vos empressés suffrages ont appelé au fauteuil de la présidence où je suis heureux de lui souhaiter, en votre nom, la plus cordiale bienvenue.

M. MEURIOT. — Messieurs et chers collègues, je ne chercherai pas un seul instant à vous cacher l'émotion que j'éprouve en montant au fauteuil présidentiel, où votre courtoisie vient de me faire l'honneur de m'appeler.

Quand je pense aux hommes éminents et même célèbres, aux grands médecins aliénistes, aux maîtres que j'ai vus à cette même place — et parmi ceux-ci vous ne voudriez pas me voir oublier d'évoquer le souvenir de mon maître et bienfaiteur, le D^r Blanche — je me trouve bien hardi, et je me demande comment j'ai eu l'audace d'accepter la présidence de votre société — car, non seulement vous m'avez fait un grand honneur, que je sais apprécier et dont je vous remercie avec effusion, mais vous m'avez en même temps donné une tâche difficile qui n'est pas exempte de dangers.

Je vous prie de m'excuser si l'expression de ma profonde reconnaissance est gênée en ce moment par l'inquiétude que me donnent l'insuffisance de mes forces et les difficultés du poste que vous avez bien voulu me confier ; je n'aurais jamais, certes, osé l'occuper, si je n'avais pas senti le courant de sympathies qui m'y a élevé, si je n'avais pas su que je pouvais compter sur votre bienveillance, et si je n'avais pas à mes côtés notre aimable secrétaire général, mon ami le D^r Ritti, si compétent, si expérimenté, qui, avec tant de bonne grâce, facilite au Président de votre Société sa tâche, et l'aide avec tant de complaisance à remplir ses devoirs.

Je chercherai également à m'inspirer de l'exemple que m'a donné toute l'année dernière notre savant collègue, le D^r Paul Garnier, qui a présidé nos séances avec tant de tact et d'autorité ; mais il me manquera

certainement, pour m'aider, son affabilité, sa grande facilité de parole et sa science si bien établie de psychologue et de légiste. Je suis certain de parler au nom de tous les membres de la Société en venant prier notre honorable Président d'agréer tous nos regrets de le voir quitter la direction de nos travaux, et tous nos remerciements pour la remarquable manière dont il a rempli ses fonctions présidentielles.

Je me réjouis aussi de voir que le choix de vos suffrages, en se fixant sur notre distingué collègue, M. le Dr Jules Voisin, que vous venez d'appeler à la vice-présidence, me permet de me reposer sur un collaborateur aimable et sympathique.

Je n'oublie pas non plus que je puis compter encore sur le zèle et le dévouement de nos deux secrétaires annuels, MM. les Drs Sollier et René Semelaigne, qui déjà depuis plusieurs années sont chargés de reproduire les procès-verbaux de nos séances, et s'acquittent de leur mission à la satisfaction de tous.

J'espère enfin, grâce à ce concours heureux de circonstances, grâce surtout à votre bienveillance, ne pas laisser périliter entre mes mains les intérêts généraux de la Société. Vous pouvez être certains, d'ailleurs, que j'y consacrerai tous mes efforts, toute ma bonne volonté et tout mon dévouement.

L'honneur insigne que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos travaux pour l'année 1898 est pour moi une preuve d'estime dont je suis à juste titre très fier, en même temps qu'une grande satisfaction de ma carrière médicale.

Messieurs et chers Collègues, je vous assure de toute ma gratitude.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

1° Des lettres de remerciements de MM. Boissier et Deny, nommés membres titulaires à la dernière séance ;

2° Une lettre de M. Dheur, médecin-adjoint de la maison de santé Esquirol, à Ivry-sur-Seine, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Dupain, Pactet et Moreau (de Tours), rapporteur ;

3° Une lettre de M. le Dr Henry Meige, secrétaire de

la rédaction de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Janet, Séglas et René Semelaigne, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Julien Noir, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Bourneville, Deny et Sollier, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Sokalsky, médecin de l'hôpital de Saint-Nicolas, à Saint-Pétersbourg, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Christian, Ritti, Roubinovitch, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *De la paralysie générale. Etiologie. Pathogénie. Traitement*, par MM. Mairét et Vires. — M. Charpentier est chargé de présenter un rapport sur cet ouvrage ;

2° Une lettre ouverte aux membres de l'Institut, par le D^r Védié ;

3° Le rapport du *Committee of Lunacy* de l'Etat de Pensylvanie ;

4° *Bulletin de la Ligue nationale contre l'alcoolisme*, 1897, n° 8.

Prix à décerner en 1898.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — La Société n'a qu'un prix à décerner en 1898, le prix Aubanel ; on sait qu'il est de 2,400 fr. et que la question posée est la suivante : *Les auto-intoxications dans leurs rapports avec les délires.*

Un seul mémoire a été envoyé ; il a pour auteur M. E. Régis, chargé de cours des maladies mentales à la Faculté de Bordeaux.

La Commission du prix Aubanel est composée de MM. Chaslin, Deny, Falret, Joffroy et Vallon.

Rapport de la commission des finances.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, vous nous avez chargés, M. Falret et moi, d'examiner les comptes de notre trésorier pour l'année 1897. C'est chaque fois une tâche agréable, car elle nous permet de constater de notables excédents ; les chiffres suivants en sont la preuve :

La Société avait au 31 décembre 1896			
en argent	Fr.	3.511	60
Elle a reçu pour ses cotisations . . .		1.300	»
Rentes nominatives.	406	»	} 1.606 »
— Aubanel.	800	»	
— Belhomme	300	»	
— Moreau (de Tours).	100	»	
Total.		6.417	60
Les dépenses s'élèvent à		1.964	25
Dépenses diverses	1.164	25	
Prix Belhomme.	600	»	
Prix Moreau (de Tours).	200	»	
D'où excédent de recettes sur dépenses.		4.453	35
Dans cet excédent :			
La Caisse Aubanel a 2,011 fr. 60 + 800 fr. =		2.811	60
— Belhomme 400 fr. + 300 fr. =		700	»
— Moreau (de Tours) 100 f. + 100 fr. =		200	»
Total.		3.711	60
Le surplus		741	75
est la propriété de la Société.			

Donc, Messieurs, notre situation financière est excellente. C'est la dernière fois que nous avons à vérifier les comptes de M. Voisin, qui quitte les fonctions de trésorier pour prendre celles de vice-président que vous lui avez conférées au dernier scrutin. M. Brunet le remplace dans la gestion de nos finances ; il suivra, nous n'en doutons pas, les mêmes errements, et ceux qui, l'an prochain, seront chargés de la vérification des comptes, auront à lui adresser les mêmes félicitations et les mêmes remerciements que ceux que nous vous prions de voter aujourd'hui à M. Voisin.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

Simulation préventive de la folie (suite).

M. SÉGLAS fait, sur un cas de simulation préventive de la folie, une communication orale dont voici le résumé.

Le 24 septembre 1897, M... se présente chez M^{lle} F..., rue du Cherehe-Midi, sous le nom de Leroux, se disant inspecteur du service de sûreté, avec vingt hommes sous ses ordres, et lui propose, moyennant le versement d'une somme de 300 francs, de faire libérer son fiancé, le nommé W... détenu à la Roquette. M^{lle} F... accepte et prend rendez-vous avec lui rue d'Allemagne pour le lendemain. De là, il l'emmène chez un sieur P..., chercher un certificat pour attester qu'il donnerait du travail à W..., puis à la mairie de Pantin pour légaliser ce certificat. M^{lle} F... lui ayant alors déclaré n'avoir pu se procurer les 300 francs demandés, il lui donna rendez-vous pour le mardi 28, dans le square du Bon-Marché. Là, au jour et à l'heure fixés, M^{lle} F... retrouve M..., se disant à ce moment occupé à surveiller deux employés du Bon-Marché, soupçonnés de vol. Elle lui renouvelle son regret de n'avoir pu réunir les 300 francs, et propose de les verser au greffe si elle réussissait à les avoir. M... lui offre alors de se charger d'obtenir l'assistance judiciaire moyennant 50 francs, lui promettant d'en parler à un M. Lepage, du service des prisons, et lui donnant rendez-vous pour le jeudi. Le soir de ce même jour, M... envoie une carte-lettre signée Leroux, inspecteur, annonçant qu'il a obtenu l'assistance, demandant de verser d'urgence la somme de 37 fr. 50 et annonçant sa visite pour le mercredi ou le jeudi à dix heures du matin.

Le mercredi, il vient effectivement faire signer à M^{lle} F..., une demande adressée à « M. le Directeur » pour obtenir l'assistance et l'invite à se procurer les 37 fr. 50 pour le samedi, 2 octobre. Ce jour-là, envoi d'une nouvelle lettre, signée Leroux, inspecteur de la sûreté, annonçant à M^{lle} F... qu'il passerait chez elle le dimanche et l'invitant à préparer les pièces nécessaires.

C'est à ce rendez-vous que M... est arrêté, à la suite d'une plainte de M^{lle} F...

Pendant ce temps, il était allé, toujours sous le nom de Leroux, chez une connaissance de M^{lle} F..., lui proposer de faire libérer son fils moyennant la somme de 104 francs, et il était retourné encore à deux reprises chez cette dame pour se faire remettre la somme.

Tout cela semble bien dénoter un plan combiné et suivi méthodiquement par un individu faisant preuve d'attention, de mémoire, de réflexion, de volonté et non par un malade atteint dans l'exercice de ses facultés.

Or, à ce même moment, M... se montrait, d'un autre côté, sous un aspect tout différent.

Quelques jours avant le début de ses démarches vis-à-vis de M^{lle} F..., il venait de sortir de la Roquette, où il se trouvait

avec le fiancé de cette personne, le nommé V... ; et il s'était réfugié chez sa maîtresse M^{lle} G.

Jusqu'au moment de sa sortie, il n'avait donné à la Roquette aucun signe de dérangement d'esprit. Or, dès le jour de sa sortie de prison, M... a commencé, paraît-il, à manifester vis-à-vis de M^{lle} G... et de différentes personnes du quartier, des signes de folie. Il semblait distrait, absorbé, disait qu'il allait avoir beaucoup d'argent de la succession de son père, qu'il allait acheter un fonds d'hôtel pour sa maîtresse, qu'il allait avoir une place importante à la préfecture de police, qu'il arriverait très haut. Puis, les jours suivants, ces espérances semblaient devenues pour lui des réalités et il se prétendait réellement inspecteur divisionnaire de la sûreté.

Après son arrestation, M... continua à tenir les mêmes discours devant le juge d'instruction qui nous commit pour examiner son état mental.

Pendant le temps qu'a duré notre expertise, M... a présenté successivement deux phases : l'une de confusion intellectuelle avec idées d'aspect délirant, l'autre d'amnésie.

D'abord il se prétendait « inspecteur divisionnaire de la sûreté... C'est une belle place et qui lui suscite des jaloux. On veut la lui prendre et le tuer à chaque instant... Il ne sait pas si on a volé son argent ! Il s'était dit que tout cela servirait pour les prisonniers ! Cet argent lui venait de son père et du notaire... Il n'en sait pas le chiffre, mais la somme était forte (500 à 800,000 francs peut-être !), parce que l'affiche était grande et qu'il y avait des maisons à n'en plus finir. Peut-être pouvions-nous lui faire ravoir cela et l'installer dans son bureau à la préfecture de police, etc... »

Ce qui frappait dans ces conceptions, c'était leur fixité, leur monotonie et en même temps leur incohérence que ne pouvait expliquer aucun état de dépression, d'excitation, d'affaiblissement ou de débilité intellectuelle, et qui contrastait avec la logique et l'esprit de suite dont le prévenu avait fait preuve dans sa tentative d'escroquerie.

À côté de ces conceptions, M... alléguait d'un état d'obnubilation intellectuelle, de désorientation spéciale dans le lieu et dans le temps. Mais ces troubles de la perception et de la mémoire n'étaient qu'une apparence : à chaque instant, le prévenu était pris en contradiction avec lui-même. Ses réponses, exagérées dans leur incohérence même, dénotaient, comme son attitude, une attention toujours en éveil, à la piste du moindre geste, du moindre jeu de la physionomie de son interlocuteur, toujours en garde vis-à-vis de la question la plus insignifiante. Ses hésitations, ses incohérences, son parti pris de détourner la conversation lorsqu'il se sentait engagé sur une mauvaise voie,

et au contraire son laisser-aller lorsqu'on semblait abonder dans le sens de ses idées délirantes ; les rapports de similitude entre la formule des idées délirantes et la nature du délit, etc., plaidaient encore en faveur de la simulation.

Quelques jours plus tard, la scène changea. « On m'a dit, déclara-t-il, que j'avais divagué, raconté toutes sortes de bêtises, me disant inspecteur divisionnaire, parlant d'un héritage que je voulais consacrer à la libération des prisonniers... Je ne comprends rien à tout cela et je ne me souviens de rien ! Cela n'est pas possible que j'aie dit toutes ces bêtises-là. »

Il prétendait ainsi avoir perdu absolument le souvenir de son délire antérieur, et il écrivit même à cette époque en ce sens une lettre au juge d'instruction. Mais, de plus, il faisait remonter plus loin son amnésie et prétendait n'avoir gardé aucun souvenir des faits qui avaient motivé son arrestation. « Je n'ai rien fait, dit-il, ou alors je ne m'en souviens pas ; j'ai bien oublié d'ailleurs toutes les bêtises que j'ai dites. »

Sans insister sur toutes les preuves de la simulation de cette amnésie, il suffit de dire qu'elle était essentiellement limitée, non pas à tous les faits de la période où a eu lieu la tentative d'escroquerie, mais, dans cette période, aux seuls faits incriminés et au délire qui a suivi l'arrestation. D'ailleurs, au cours de l'interrogatoire, des réponses imprudentes du prévenu montraient que les faits eux-mêmes n'étaient pas oubliés, mais simplement dissimulés.

Ainsi donc, pris isolément, les différents symptômes d'aspect délirant, présentés par le prévenu, ne pouvaient s'expliquer que par la simulation. (C'était déjà là une raison pour que, considérés dans leur ensemble, ils gardassent les mêmes caractères. D'ailleurs, envisagés de cette façon, on n'y retrouvait pas les caractères cliniques, symptomatiques et évolutifs, d'une forme vésanique déterminée.

Les troubles mentaux postérieurs à l'arrestation étant reconnus simulés, il s'ensuivait logiquement que ceux qui l'avaient précédée, et s'étaient présentés sous les mêmes apparences, devaient avoir au fond le même caractère, et qu'ils ne constituaient qu'un jalon jeté d'avance en prévision d'un besoin de simulation dans l'avenir, qu'une simulation préventive. Il est très vraisemblable d'admettre que le prévenu avait voulu s'assurer, de cette façon, le témoignage des différentes personnes qu'il avait alors fréquentées, en particulier de

sa maîtresse. Il est à noter d'ailleurs que par la suite, au moment où il nous disait avoir oublié son délire et les faits à lui incriminés et où il écrivait dans ce sens au juge d'Instruction, il envoyait de sa prison à sa maîtresse des lettres où il parlait encore de sa place, de son titre d'inspecteur. De même, vis-à-vis de son avocat, il s'est toujours, paraît-il, manifesté beaucoup plus volontiers sous la première manière, délirante, que sous la seconde, amnésique. Par la suite, M... sembla petit à petit abandonner à l'Instruction son système de défense. A l'audience, son attitude fut très correcte ; il manifesta du repentir de sa conduite, promit de se bien conduire à l'avenir. Il fut condamné à huit mois de prison.

M. PAUL GARNIER demande si, étant donné les contradictions signalées dans la conduite du prévenu, il n'existait pas chez lui une certaine débilité intellectuelle, comme cela est fréquent chez nombre de simulateurs.

M. SÉGLAS dit n'avoir pu considérer M... comme un débile. C'était un individu très roué, très maître de lui ; ses contradictions n'étaient plus vraisemblablement que les maladresses d'un simulateur pris à son propre piège et qui essaye, malgré tout, de tirer tout le parti possible de son système de défense.

M. VALLON trouve que le fait de M. Séglas est bien un exemple de simulation préventive ; mais il diffère un peu de celui qu'il a rapporté dans une précédente séance, en ce que le prévenu invoquait lui-même, pour sa défense, les phénomènes pseudo-délirants dont il prétendait avoir fait preuve antérieurement à son délit. Celui de M. Séglas, au contraire, qui prétendait avoir oublié son délire aussi bien antérieur que postérieur à l'arrestation, semble évidemment n'avoir accompli la simulation préventive que dans le but de se ménager un témoignage.

La séance est levée à six heures.

PAUL SOLLIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

ANNÉE 1894.

I. — *Un nouveau cas d'alexie avec hémianopsie droite homonyme (alexie subcorticale de Wernicke) suivi d'autopsie, avec renseignements complémentaires, et autopsie d'un cas paru sous la même rubrique dans les n^{os} 17 et 18 du Centralblatt de 1888; par le D^r Bruns (numéro de janvier).* — L'auteur a observé un nouveau cas d'alexie subcorticale de Wernicke, dont l'observation très détaillée peut être résumée à grands traits de la façon suivante :

Une femme Haller, trente-deux ans, a eu, en 1890, une congestion pulmonaire et des hémoptysies; dix-huit mois auparavant, son mari était mort tuberculeux. A partir de ce moment elle avait eu de la céphalalgie, des vomissements; en janvier 1891, survinrent les premiers troubles visuels, la malade voyait triple et quadruple des personnes, avait des vertiges et des moments de cécité complète de courte durée. En septembre apparurent les premiers troubles de la parole; les noms propres et les substantifs ne peuvent plus être prononcés. Il y a alexie.

Du 5 mars au 5 avril 1893, l'auteur trouve l'état suivant : vertiges, lenteur des idées, pas de troubles généraux de l'intelligence, maux de tête, pas de vomissements; sensibilité du côté gauche du crâne, surtout à la région occipitale postérieure. Infiltration de la papille optique, hémianopsie droite, parésie dans les membres du côté droit.

Pas de troubles de la sensibilité.

Il y a paraphrasie littérale et syllabale; les substantifs disparaissent à peu près du langage, pour être remplacés par des circonlocutions. Les substantifs prononcés peuvent être répé-

tés; la malade reconnaît les objets présentés, mais ne peut les nommer; elle n'a donc pas de cécité mentale.

La faculté de lire est très atteinte. La malade reconnaît les lettres; demandez-lui par exemple où est le P dans un alphabet sur la table, elle peut le montrer, mais sans le nommer. Elle peut dans cet alphabet choisir les lettres pour écrire son nom; mais, immédiatement après, elle ne peut lire ce nom. En somme les lettres sont reconnues comme les objets, mais ne peuvent être prononcées. Il n'y a donc pas alexie littérale, mais alexie verbale complète; car la malade ne reconnaît plus les lettres mises par elle en mot, ni le sens du mot.

La malade peut écrire spontanément ou sous la dictée, mais ne peut copier. Vu les hémoptysies antérieures, un catarrhe du sommet gauche, un diagnostic, en face des signes mentionnés plus haut, une tumeur cérébrale tuberculeuse ayant son siège dans le lobe occipital gauche postérieur, et expliquant ainsi les principaux symptômes cérébraux: céphalalgie, sensibilité crânienne, hémianopsie droite, œdème papillaire hémioptique, troubles du langage présentant le caractère de l'aphasie optique de Freund ou alexie subcorticale de Wernicke. Après vingt jours de traitement iodé sans succès, on fit la trépanation à la région supputée comme étant le siège de la tumeur. On ne trouva pas de tumeur; mais, à la suite d'un écoulement abondant et prolongé de liquide céphalo-rachidien, il y eut une amélioration des symptômes douloureux, disparition de l'œdème papillaire, mais persistance de l'hémianopsie et des troubles du langage. L'opération du trépan avait été faite le 5 avril, l'amélioration de l'état général persista jusqu'à la fin de juillet; au mois d'août, des accidents méningitiques survinrent, on observe alors seulement de la surdité le 27 août.

L'autopsie qui a dû être limitée à l'encéphale révèle l'existence de trois tumeurs (angiosarcomes).

L'une à la base, au bord antérieur de la circonvolution occipito-temporale moyenne gauche (*gyrus hippocampi et ancus*), elle recouvre en avant la bandelette optique gauche.

Une autre tumeur épaisse comme une châtaigne, s'observe à la convexité du cerveau, à l'extrémité postérieure des première et deuxième circonvolutions temporales gauches. Enfin, une troisième dans la substance ganglionnaire du lobe occipital postérieur gauche, n'atteignant pas la convexité cérébrale; celle-ci est la plus volumineuse, et aussi la plus ancienne d'après l'examen microscopique. La première nommée a dû la suivre, quant

à la deuxième, elle est la plus récente, et il a du reste été constaté qu'au moment de la trépanation elle n'existait pas encore.

L'auteur fait les observations suivantes : d'abord, quoique la tumeur ne fût pas extirpée, il y eut amendement de certains symptômes de compression.

La sensibilité à la percussion n'a pas permis de localiser la tumeur, parce que la première en date était au centre du lobe cérébral, enveloppée de substance normale.

La tympanie, ou le bruit de pot fêlé, n'a pas été constaté pour la même raison que la tumeur n'était pas superficielle, et n'a ni aminci, ni entamé le crâne.

L'œdème papillaire a disparu à la suite d'écoulement du liquide, sans que la tumeur fût enlevée ; il n'est donc pas le résultat d'une inflammation du nerf optique, mais celui de la compression.

La cécité passagère survenue plusieurs fois avant la trépanation est une amaurose passagère produite par la tumeur, et survenant de préférence dans les tumeurs de la région occipitale.

La paralysie du facial droit est intéressante à enregistrer, et correspond à la lésion des parties postérieures du thalamus opticus, constatée à l'autopsie.

Enfin, la surdité verbale (aphasie sensorielle), observée à la fin de la maladie seulement, a pour localisation anatomique la tumeur survenue après l'opération et siégeant à l'extrémité postérieure des première et deuxième circonvolutions temporales.

D'après tous ces symptômes, l'auteur eroit que le diagnostic d'alexie subcorticale est à l'abri de toute objection.

L'étude comparative des cas d'aphasie exclusivement ou presque exclusivement optique, publiés jusqu'à présent est alors faite par l'auteur.

Il croit que la division de l'alexie corticale en alexie sans agraphie ou alexie subcorticale de Wernicke et en alexie avec agraphie ou alexie corticale (Wernicke) n'est pas aussi nettement marquée que le prétend Dejerine; mais il ne refuse pas d'admettre qu'une pareille division soit justifiée. Enfin, l'analyse des cas publiés par Dejerine, Adler, Mœli, Uhhoof, Mierzejewsky, Berkham, Monatsow, l'amène à admettre en pratique deux formes d'alexie subcorticale.

1. — *Alexie littérale et verbale* (cas de Dejerine).

2. — L'alexie verbale sans alexie littérale, comprenant deux subdivisions :

(A) les lettres sont reconnues, mais ne peuvent être prononcées; les mots ne sont pas reconnus (cas de Monatsow et Mierzejewsky).

(B) les lettres sont reconnues, mais ne peuvent être prononcées; les mots ne sont pas reconnus (le cas rapporté par l'auteur).

Comment expliquer ces formes variées de l'alexie? L'auteur émet à ce sujet une théorie ingénieuse, qu'il ne donne du reste que comme une hypothèse qui devra céder sa place, le cas échéant, à une explication meilleure : La notion complète d'un objet ne peut être acquise que par la mise en jeu simultanée des divers éléments sensibles, par lesquels il peut se manifester; ou au moins par deux d'entre eux. Une lettre de l'alphabet, par exemple, ne se présente à nous que sous deux éléments sensoriels, un optique et un phonique.

Or, si la communication entre les centres dont dépend la mise en jeu de ces deux manifestations sensorielles est interrompue, comme l'auteur le présume, dans l'alexie subcorticale, le nom de la lettre ne peut plus être prononcé, et la lettre n'est plus reconnue. Mais pour nommer un objet, la perception première qui se transmet au centre de la parole, n'est pas forcément optique, elle peut être tactile, osmique, etc. La rupture de toutes les voies de communication entre les centres sensoriels, produit la cécité mentale, et l'alexie n'est qu'une cécité mentale partielle limitée aux signes du langage écrit. Ce serait dépasser les bornes que de suivre ici l'auteur dans toutes les considérations et critiques à l'appui de sa théorie et dans l'interprétation qu'il donne des différentes variétés ou formes d'alexie sans que sa théorie en soit entamée.

Disons seulement qu'il rapporte encore l'observation du cas qu'il a publié au *Stolting* en 1888, et dont il a pu faire l'autopsie en septembre 1891. Dans ce cas qui présentait d'abord de l'alexie et de l'hémianopsie, et dans lequel l'hémianopsie persistant, l'alexie a disparu et reparu plusieurs fois, on a constaté à l'autopsie trois petites tumeurs dans le lobe occipital. Il faut donc reconnaître que ce fait met en défaut la théorie de Knies, qui admet l'hémianopsie comme cause d'alexie.

Un autre fait qui résulte du long exposé de l'auteur, c'est que dans les cinq cas d'alexie qui jusqu'à présent ont été sou-

mis à l'examen anatomo-pathologique, on a constamment observé l'existence de lésions (ordinairement foyers de ramollissement) dans le lobe occipital postérieur. Aussi, tout en admettant que les tumeurs du bourrelet du corps calleux et du tractus opticus peuvent donner lieu à l'alexie, estime-t-il qu'en observant ce symptôme, on sera jusqu'à un certain point en droit de conclure à l'existence d'un foyer dans le lobe occipital postérieur.

II. — *Tubercule isolé de la calotte du pédoncule cérébral droit, avec dégénérescence du ruban de Reil*; par le Dr Greiwe (n° de février et mars). — Un homme de trente-cinq ans, atteint de la tuberculose pulmonaire, présente depuis neuf mois de la parésie du bras gauche et de la jambe gauche, et de la paresthésie du bras gauche. Plus tard, on observe de la parésie du facial et de l'hypoglosse à gauche, augmentation des réflexes du même côté, ainsi que diminution du pouvoir auditif et visuel.

En outre, il y a de la névrite optique, principalement à droite, et par moments de la diplopie, sans trouble appréciable des muscles oculaires.

Ces symptômes faisaient penser à un processus morbide en foyer, et l'auteur s'arrêta au diagnostic d'une tumeur de petite dimension dans la calotte du pédoncule cérébral, malgré l'absence d'un symptôme essentiel. L'absence de troubles de la sensibilité fit supposer que le foyer devait être en amont du pont de Varole.

L'autopsie confirma ce diagnostic, en révélant les lésions suivantes : — Foyer tuberculeux de la grosseur d'une noisette dans la calotte du pédoncule cérébral droit, avec dégénérescence des tubercules quadrijumeaux antérieurs et postérieurs à droite, ainsi que de la formation réticulaire, du pédoncule cérébelleux supérieur et du ruban de Reil. La dégénérescence diminue en descendant, de manière que dans le pont de Varole, les parties intérieures du ruban de Reil et la formation réticulaire présentent seules des traces de dégénérescence.

Peu marquée à la partie inférieure de la protubérance pour le ruban de Reil, la dégénérescence est au contraire très accentuée du côté droit, dans la région des couches interolivaires.

On observe également un foyer circonscrit de dégénérescence du corps restiforme au niveau où émerge la racine du nerf acoustique. Le thalamus opticus et les nerfs optiques sont fortement atteints par la dégénérescence, sans participation de la

bandelette optique. Pas d'altération des nerfs périphériques.

Vu la variété des théories et des doctrines sur la physiologie et l'anatomie des fibres du ruban de Reil, l'auteur estime que son observation ne sera pas sans intérêt. Il rappelle à ce sujet les travaux de Flechsig, Monakow, Bächterew, Mendel, Edinger, Wittkowsky, et public des observations de Schroder, de P. Meyer et de Roller sur le même sujet.

Il n'a pas la prétention, dit-il, de tirer de son unique observation des conclusions relatives à la physiologie ou à l'anatomie du ruban de Reil ; mais il se borne à attirer l'attention sur certaines probabilités, et à faire remarquer, premièrement, que l'olive inférieure peut être en partie frappée de dégénérescence sans qu'on constate des troubles de la sensibilité. En second lieu, que, dans le cas par lui rapporté, la formation réticulaire était atteinte de dégénérescence au même degré que la partie médiane du ruban de Reil, et que la dégénérescence de l'olive inférieure a pu être amenée aussi bien par la lésion de la formation réticulaire que par celle du ruban de Reil.

Quant à la dégénérescence circonscrite du corps restiforme, il la croit en corrélation avec la lésion de l'olive inférieure du même côté, et admet, sans aucun doute, que l'olive est reliée au cervelet par le corps restiforme.

III. — *Contribution à l'étiologie de la maladie de Basedow* ; par le Dr Grube (numéro de mars). — L'auteur a observé un cas de la maladie de Basedow, évoluant en six semaines et se terminant par la mort. Les cas à marche rapide ne sont pas rares, les derniers ont été rapportés par Müller.

Quelle est l'étiologie de cette maladie ? Möbius l'attribue à une affection du corps thyroïde, et à une intoxication consécutive du système nerveux. Müller voit l'origine de cette affection dans une prédisposition innée ou acquise, et dans une altération du corps thyroïde.

D'après la théorie de Möbius, on peut admettre que le siège est dans la moelle allongée, opinion qui est également soutenue par Mendel et Mannheim.

Quant à la cause première, l'auteur la voit dans l'infection ou plutôt dans une intoxication après infection.

L'intoxication agirait-elle de préférence sur la moelle allongée en raison d'une disposition plus spéciale, plus compliquée dans cette région des conduits vasculaires qui charrient l'agent d'infection ? La moelle allongée offrirait-elle une sensibilité plus prononcée à l'action de cet agent ?

Peut-être peut-on admettre à la fois ces deux causes. Il importe de ne voir dans les autres causes, telles que frayeur, surmenage, troubles des fonctions génitales, que des éléments agissant par leur influence sur la circulation, et n'ayant d'autre effet que de rendre le terrain plus apte à l'infection.

Les lésions anatomiques signalées par Mannhein consistent en hémorragies légères de la moelle allongée, en congestions de cette région et du quatrième ventricule, ainsi qu'en lésions de dégénérescence et d'inflammation de cette région.

Et l'auteur ajoute qu'on peut encore regarder, comme arguments en faveur de la nature infectieuse de la maladie de Basedow, les faits suivants :

1° L'apparition des symptômes de la maladie de Basedow chez des individus atteints de goitre endémique ou héréditaire, plusieurs années après le développement du goitre ;

2° L'engorgement des ganglions lymphatiques que Müller a toujours constaté, et que l'auteur a aussi observé ;

3° L'hérédité constatée de la maladie de Basedow.

IV. — *Analgsie du nerf cubital comme symptôme de tabes*; par le Dr Biernaki (numéro d'avril). — Tout le monde connaît l'impression désagréable que produit la contusion du nerf cubital au niveau du coude. L'ensemble des sensations qui provoquent cette impression peut être produit expérimentalement par la compression du nerf.

Or, l'auteur a constaté que chez la plupart des tabétiques, la compression du nerf cubital ne produit pas de sensations douloureuses.

Il a vérifié le fait sur vingt malades présentant d'ailleurs les symptômes caractéristiques de l'ataxie locomotrice. Dans quatre cas seulement, suspects de sclérose des cordons postérieurs, le nerf cubital avait conservé sa sensibilité normale.

Cette sensibilité est constatée dans tous les cas de maladies organiques du système nerveux autres que les tabes. Il en est de même dans les névroses générales, et l'analgsie du cubital ne fut constatée que chez quelques hystériques, mais avec le caractère d'unilatéralité, tandis que dans les tabes, l'analgsie était toujours bilatérale.

L'analgsie du cubital appartient donc en particulier, d'après l'auteur, au tabes, et il est probable qu'il a pour cause des lésions de la moelle épinière, et non des lésions périphériques. La présence du symptôme en question indique donc que la sclérose atteint la partie inférieure de la moelle cervicale.

Mais, objectera-t-on, si l'analgésie cubitale est due à des lésions de dégénérescence de la moelle, ces lésions devraient produire des phénomènes correspondants : 1° dans le domaine des autres nerfs du plexus brachial ; 2° dans le domaine des nerfs des membres inférieurs, en raison du lieu d'élection des lésions tabétiques dans la région lombaire.

L'auteur, en effet, a observé que dans la moitié des cas où il a constaté l'analgésie du nerf cubital, il existait en même temps une anesthésie cutanée diffuse dans le domaine des nerfs du bras ; et d'autre part, Erb et Dinkler ont mentionné, dans plus de moitié des cas de tabes, l'analgésie cutanée, le ralentissement de la transmission des commotions douloureuses et autres troubles de la sensibilité.

Quant à l'auteur, il n'a observé que trois fois sur vingt cas de l'analgésie cutanée isolée des membres inférieurs ; mais il fait remarquer que dans les névrites, et surtout dans les méningites, les troubles de la sensibilité peuvent être bien modifiés par la compression. Il a constaté, en effet, chez certains diabétiques, que les piqûres d'épingles faites aux deux derniers doigts de la main n'étaient pas ressenties, et devenaient au contraire douloureuses, si on les faisait coïncider avec une compression du tronc du nerf cubital.

V. — *Etude sur les rapports entre l'anesthésie ordinaire et l'anesthésie sensorielle (diminution de la fonction des organes des sens). basée sur des faits cliniques et expérimentaux ; par le Dr Beehterew (numéro d'avril).* — Le fait que l'hémianesthésie est accompagnée d'une diminution fonctionnelle des organes des sens est connu depuis longtemps.

Ces faits sont de règle dans l'hystérie et dans d'autres névroses, et s'observent aussi dans les cas d'hémianesthésie liée à des affections cérébrales.

Comme dans ces derniers cas on trouve habituellement une lésion du tiers postérieur de la capsule interne, on a expliqué le fait en admettant dans cette région le point de convergence de toutes les voies sensitives (carrefour sensitif de Charcot).

L'hypothèse n'était pas sans soulever des objections. La cécité croisée qui accompagne l'hémianesthésie, l'hémianopsie bilatérale qui accompagne l'affection de la bandelette optique sont incomplètement expliquées par les différentes hypothèses, soit du croisement complet des fibres dans la chiasma des nerfs optiques, soit de ce croisement dans la région des tubercules quadrijumeaux.

L'interprétation ingénieuse de Ferricr sur l'existence de deux voies de communication différentes entre la rétine et chacun des hémisphères cérébraux ne donne pas davantage une explication suffisante des faits observés, et il est évident, d'après l'auteur, qu'il faut renoncer à expliquer la cécité générale croisée dans les affections cérébrales, par le siège de la lésion à tel ou tel niveau des voies d'innervation de la vision.

L'explication de la diminution du sens olfactif dans les hémianesthésies est une nouvelle difficulté dans l'hypothèse du carrefour sensitif de Charcot, l'anatomie démontrant la non-existence d'une voie de communication entre les fibres olfactives et la partie postérieure de la capsule interne. Il en est de même en ce qui concerne les altérations du sens auditif, et l'explication ne devient possible que pour les troubles gustatifs, vu que seulement les nerfs qui président au sens du goût suivent un trajet intrahémisphérique dans le tiers postérieur de la capsule interne.

La cécité unilatérale accompagnant l'hémianesthésie et l'amblyopie hystérique ont surtout fait l'objet d'études cliniques. Féré a, sous la direction de Charcot, publié à ce sujet un travail dont les conclusions sont les suivantes :

1° L'intensité de l'amblyopie est toujours proportionnelle à celle de l'anesthésie oculaire. Elle est moindre quand la conjonctive seule est insensible; plus forte au contraire, quand la cornée est aussi anesthésiée.

2° Si l'hémianesthésie limitée aux extrémités épargne la face, le trouble de la vue peut faire défaut; mais si la face est hémianesthésiée et que la sensibilité soit intacte, il y a amblyopie.

3° Quand l'hémianesthésie hystérique disparaît sous l'influence d'une intervention quelconque, l'amblyopie disparaît aussi, et réciproquement, elle réapparaît avec l'anesthésie de la conjonctive ou de la cornée.

4° En cas de catalepsie profonde le pouvoir visuel est atteint et les réflexes de la conjonctive ont disparu; mais parvient-on à exciter la fonction visuelle, on constate aussitôt le rétablissement des réflexes conjonctivaux et palpébraux; le restant du corps paraît demeurer dans une anesthésie complète.

Le même phénomène s'observe pour les amblyopies liés à des lésions organiques du cerveau, notamment de la capsule interne.

L'auteur a personnellement contrôlé toutes ces conclusions, et sans contester la possibilité de cas d'anesthésie de la face ou

de l'œil sans troubles visuels, il affirme que, d'une manière générale il y a une corrélation entre l'anesthésie de la sensibilité générale, et la diminution du pouvoir visuel ; et ces faits sont encore confirmés par les phénomènes du transfert et de suggestion hypnotique.

Comment expliquer ces faits ? — Par la physiologie expérimentale l'auteur estime avoir trouvé l'interprétation de ces phénomènes ; et se basant sur les expériences physiologiques faites par Lannegrace et par lui-même, expériences dans le détail desquelles il est impossible d'entrer ici, il arrive à cette conclusion, que l'anesthésie caractérisée par la diminution fonctionnelle des organes des sens (anesthésie sensorielle) qui accompagne l'anesthésie générale est due à des troubles vaso-moteurs, et spécialement à une ischémie des organes et à une puissance d'accommodation insuffisante de leur système vasculaire.

A ces causes se joint encore une activité musculaire diminuée par les sens spéciaux dont le fonctionnement exige un appareil musculaire, tels que l'ouïe, la vue, et une diminution de la fonction spéciale par les organes des sens, tels que l'odorat, le goût, sens qui ne sont pas strictement différenciés d'avec la sensibilité tactile et la sensibilité générale.

VI. — *Contribution à l'histologie de la sclérose disséminée du cerveau et de la moelle épinière* ; par le D^r M. Papoff (numéro de mai). — Charcot, le premier, a fait de la sclérose disséminée une entité morbide ; mais les nombreux travaux sur ce sujet n'ont pas encore déterminé l'origine et le développement de cette affection.

D'après Ziegler, la destruction de la myéline des fibres nerveuses d'une part, et la production du tissu conjonctif d'autre part, caractériseraient cette sclérose ; et Charcot a constaté, de même que Zencker, Hess et d'autres, que dans les foyers de sclérose les cylindre-axis restaient intacts.

Se basant sur les recherches personnelles faites dans quatre cas de sclérose disséminée, l'auteur se fait sur le processus de cette maladie une opinion différente de celles admises jusqu'à ce jour.

Il ne saurait admettre, dit-il, l'hyperproduction du tissu conjonctif, et estime que ce que les auteurs ont pris pour du tissu conjonctif développé entre les fibres nerveuses, n'est que le résidu des produits de transformation des fibres nerveuses ; et il attribue l'erreur commise à des procédés insuffisants de coloration des préparations microscopiques.

Au moyen d'un procédé de coloration par la rubine, l'orange et l'hématoxyline, l'auteur a pu colorer les cylinder-axis en rouge, la myéline en jaune et la névroglie, ainsi que les produits de désorganisation, en violet.

Il est arrivé ainsi à se convaincre que le point de départ du processus anatomo-pathologique est dans le système vasculaire qui est au centre de chaque foyer, d'où la transformation des tissus environnants s'étend en suivant une marche excentrique, qui peut être surtout bien constatée dans les cas chroniques.

L'auteur, en effet, a observé qu'à côté de ceux-ci il y a une forme subaiguë. La marche des lésions est la suivante : 1° Les gaines à myéline sont atteintes d'abord, elles perdent leurs contours lisses, présentent des renflements et acquièrent la propriété de se colorer par la rubine, sous l'influence de laquelle elles présentent par-ci par-là des points et des raies rouges. Certaines parties subissent la dégénérescence graisseuse, une autre prend un aspect finement granulé et prend, sous l'action de la rubine, une teinte violette.

2° Les cylinder-axis présentent des renflements fusiformes qui se transforment plus tard en un détritux granuleux qui est résorbé avec les autres produits de désorganisation.

Par endroits, on constate une forme sinueuse des cylinder-axis qui sont alors très minces ; à d'autres endroits, au contraire, ces éléments perdent leurs contours lisses, et se transforment peu à peu en masses granuleuses.

3° Les cellules de la névroglie, non seulement ne se multiplient pas, mais se désorganisent, perdent leurs prolongements, et plus tard leur noyau qui ne jouit pas de la propriété d'être coloré par l'hématoxyline, mais peut l'être par la rubine. Finalement la cellule est remplacée par un détritux à granulations fines.

4° Le tissu vasculaire est atteint en dernier lieu. Les parois sont infiltrées, épaissies ; la lumière des vaisseaux est parfois diminuée ; les leucocytes émigrent dans les tissus environnants, mais ils n'évoluent pas vers la formation du tissu conjonctif, ils tombent au contraire en dégénérescence.

5° Enfin, l'auteur a constaté qu'en certains endroits on trouve des faisceaux de fibres parallèles, qu'il considère comme des cylinder-axis régénérés. Il estime aussi qu'il faut considérer comme des éléments de production nouvelle, de régénération, les cylinder-axis sans gaine, constatés par Charcot, Zenker et d'autres. Cette régénération est comparable à celle qu'on observe

à la suite de la section d'un nerf ; elle est facilitée par la production d'un réseau vasculaire nouveau à la périphérie des foyers sclérosés.

Sans doute, en raison de la difficulté de la nutrition par le réseau vasculaire de nouvelle formation, la régénération n'est pas complète, et l'auteur n'a jamais pu constater la régénération de cylinder-axis entourés d'une gaine à myéline.

Il n'y a donc pas de production de tissu conjonctif dans la sclérose multiple, et ce ne sont pas seulement les fibres à myéline qui sont atteintes, les cylinder-axis sont aussi atteints et détruits, et à certains endroits, il se produit une régénération de ces derniers éléments.

A l'origine de la sclérose, il faut voir une lésion vasculaire, et c'est autour de ce vaisseau atteint que peu à peu tous les tissus sont détruits.

VII. — *De l'astasia-abasia et de son traitement*; par le Dr Friedlander (numéro de mai). — On désigne sous le nom d'astasia-abasia un complexus symptomatique caractérisé par la conservation de la faculté pour le malade de faire tous les mouvements des extrémités inférieures, sans trouble de leur force ou de leur coordination, alors qu'il est couché, tandis que la station debout et la marche sont devenues impossibles.

Selon que la faculté de se tenir debout et de marcher était abolie, diminuée ou qualitativement altérée, l'école française a admis l'abasia paralytique, trépidante et choréiforme.

L'auteur estime que la forme paralytique est la plus fréquente, et admet avec Thyssen que l'évolution n'est pas toujours aiguë, qu'il existe des cas à évolution lente.

Pour lui, il s'agit là d'une forme particulière de la paralysie hystérique, et qu'il ne faut pas confondre avec les états analogues des agoraphobes, des neurasthéniques, des hypocondriaques.

Chez ces derniers, l'impuissance de la marche est liée à un état d'anxiété, à des phénomènes douloureux, etc., tandis que dans l'astasia-abasia typique (hystérique), il y a une impuissance que le malade ne sait à quoi attribuer.

Nous ne savons rien sur la localisation des centres cérébraux de la station debout et de la marche ; mais l'ensemble symptomatique de l'astasia-abasia nous force à admettre que ces centres existent, et on peut supposer que le substratum de cette forme particulière de la paralysie hystérique est un trouble fonctionnel des centres en question, qui, contrairement à ce qui se

produit dans la paralysie hystérique totale, ne s'étend pas aux centres qui président aux mouvements simples des extrémités inférieures dans la position couchée ou assise.

Or, ce trouble fonctionnel, d'après l'auteur, ne consiste pas dans la perte de l'idée représentative du mouvement, mais dans l'inhibition du pouvoir d'association, duquel doit résulter la transformation de l'idée représentative du mouvement en mouvement exécuté. Cette inhibition a pour base l'augmentation malade de la suggestibilité, qui est la caractéristique de l'hystérie.

Partant de cette conception de la maladie, l'auteur arrive à n'attendre de résultat thérapeutique que d'une médication par suggestion; mais il repousse la suggestion hypnotique comme dangereuse, dans ce sens qu'elle augmente la suggestion, qu'il considère comme la base même de la maladie.

Il a recours à ce qu'il appelle avec Lehmann la suggestion gymnastique. Ce traitement est une espèce de rééducation des mouvements à laquelle l'auteur estime qu'il faut consacrer une vingtaine de minutes chaque jour, pendant plusieurs mois, en suivant la marche progressive suivante :

1° Mouvements passifs imprimés dans la position couchée.

2° Mouvements avec résistance à vaincre dans la même position.

3° Les mêmes mouvements dans la position assise.

4° Les mêmes mouvements dans la position debout avec appui.

5° Position debout, sans appui.

6° Exécution sur place des mouvements de la marche dans la position debout.

7° Marche.

A ce traitement suggestivo-gymnastique, on peut joindre un traitement général de l'hystérie : hydrothérapie, électrothérapie, massage, etc.

L'auteur termine en constatant que les recherches des dix dernières années, non seulement nous ont éclairés sur la nature des phénomènes hystériques, mais encore nous ont appris le rôle important que l'influence psychique, la suggestion dans le sens le plus large, joue dans le traitement de l'hystérie.

VIII. — *Sensation auditive subjective dans l'état hypnagogique* (Communication faisant suite à l'article du professeur Fuels publié dans le n° 22 de l'année 1893 du *Neurologische Centralblatt*); par le D^r Daraszkievicz (numéro de mai). —

L'auteur a constaté qu'occupé à lire fort avant dans la nuit, et s'étant un instant endormi, il se réveillait avec l'impression d'avoir entendu un bruit comparable à la détonation d'une arme à feu.

Il a observé le même phénomène en s'endormant tranquillement dans son lit.

Comme l'impression d'un choc réellement perçu par l'oreille persiste quelques instants, comme d'autre part le phénomène coïncide avec d'autres faits qui annoncent qu'en ce moment il y avait une détente subite de la tonicité musculaire (chute du livre qu'on tient à la main), l'auteur croit pouvoir attribuer la sensation auditive à la détente des muscles de l'oreille moyenne.

Il explique de la même manière par une espèce d'affaissement du squelette à la suite de la détente musculaire générale, la sensation de chute qu'éprouvent souvent les neurasthéniques au moment de s'endormir.

Un autre phénomène, comparable au précédent, consiste dans la forte secousse de tout le corps qu'éprouvent aussi les neurasthéniques peu avant de s'endormir, et qui est due à ce que l'appareil central, qui était sur le point de perdre toute influence sur le tonus musculaire, ressaisit brusquement ses rênes et produit ainsi une contraction générale du système musculaire.

Cette contraction s'étendant aux muscles de l'oreille produit une différence de tension de l'appareil, et des sensations subjectives.

L'auteur n'a pas observé la perception subjective d'un bruit à la suite de frayeur, mais croit que le phénomène est le même que celui mentionné ci-dessus, vu que le premier effet de la frayeur est la paralysie, la détente musculaire, suivie bientôt d'une innervation subite excessive.

Le même phénomène auditif s'est produit le matin au réveil, chez l'auteur : il estime que dans ce cas, il peut être expliqué par les variations de la profondeur du sommeil à mesure que le jour s'avance.

Quant aux impressions visuelles qu'avait le professeur Fuchs, l'auteur ne les a pas observées, mais les explique, par analogie, par les variations de l'afflux du sang dans la rétine en plus ou moins, coïncidant avec le réveil et avec le sommeil.

En somme tous ces phénomènes s'expliquent par le mécanisme normal de l'action de s'endormir ou de se réveiller, mé-

canisme qui dans certains cas de faiblesse irritable produit des effets trop forts, en quelque sorte convulsifs.

IX. — *Une méthode simple pour constater l'hémianopsie* ; par le D^r Axenfeld (numéro de juin). — En comparant deux dimensions situées l'une dans la partie supérieure, l'autre dans la partie inférieure du champ visuel, il se produit une illusion qui nous fait exagérer la dimension supérieure. Ainsi, en essayant de diviser au jugé une ligne verticale en deux parties égales, on fait la partie supérieure trop petite de un seizième en moyenne.

Le même phénomène se produit pour les parties internes et externes du champ visuel ; mais il n'est appréciable que pour la vision monoculaire, et l'erreur n'est en moyenne que de un quarantième. Ce phénomène est imputable à l'inégale répartition des forces motrices musculaires de l'œil, le muscle droit inférieur dépasse en diamètre le droit supérieur ; il en est de même du droit interne comparé au droit externe.

Or, l'auteur ayant observé un malade qui, à la suite d'un traumatisme crânien a conservé de l'hémianopsie latérale homonyme, a remarqué que ce malade faisait les mouvements latéraux des yeux vers la gauche plus aisément que vers la droite, et avait par conséquent de la parésie du droit externe du côté droit et du droit interne du côté gauche.

Il estime que des troubles des muscles de l'œil existent toujours dans l'hémiopie. C'est du moins la théorie qui veut qu'il en soit ainsi, en pratique les troubles légers sont peut-être méconnus.

Avec son malade l'auteur a observé les faits suivants, en lui disant de partager en deux parties égales une ligne horizontale de 6 centimètres à peu près :

1° Il commettait des erreurs plus grandes que la moyenne indiquée par Kundt.

2° En se servant de l'œil droit seulement, il faisait trop grande la moitié extérieure de la ligne (comme l'homme normal), mais avec l'œil gauche il donnait trop d'étendue à la partie interne.

3° En se servant des deux yeux, il faisait la même erreur qu'avec l'œil droit, dans des proportions plus grandes encore.

Pour la division d'une ligne verticale, le malade la faisait comme elle se fait à l'état normal, c'est-à-dire donnait à la partie supérieure des dimensions trop petites.

Ces phénomènes s'expliquent comme Wundt le fait pour l'œil normal ; seulement, au lieu d'invoquer la différence du dia-

mètre musculaire, il faut invoquer le plus ou moins de capacité de contraction des muscles.

Donc lorsqu'un sujet essaie de diviser en deux parties égales une ligne horizontale par la vision monoculaire, et qu'il commet successivement avec chaque œil la même erreur de donner à la même moitié des dimensions trop petites, lorsqu'en outre à la vision binoculaire cette erreur est encore augmentée, on peut conclure à l'existence de l'hémianopsie latérale homonyme, et celle-ci correspond au côté de la partie de la ligne à laquelle a été attribuée une dimension trop petite.

L'auteur estime qu'il y a là un moyen utile pour le praticien non spécialiste et qui peut servir aussi à reconnaître la simulation.

X. — *Ensemble symptomatique de l'affection décrite sous le nom de paralysie spinale spasmodique, comme manifestation d'une affection syphilitique héréditaire du système nerveux central*; par le professeur Hoffmann (numéro de juillet). — Jean R... est admis à la clinique de Heidelberg le 28 octobre 1891, à l'âge de quatorze ans. Il est fils d'un père syphilitique. La mère, après deux avortements, a eu un enfant qui n'a vécu que quinze jours, et serait mort à la suite d'accidents spécifiques; lui-même a eu dans les premiers mois de sa vie une affection cutanée, traitée par les mercuriaux. Plus tard, il a eu plusieurs fois des engorgements ganglionnaires, était arriéré à l'école, et de mauvais élève qu'il a toujours été, devint finalement le dernier de sa classe.

À l'âge de douze ans, il éprouva de la raideur des jambes, des douleurs dans le cou-de-pied, aux deux membres, à la suite de marches prolongées. Parfois il éprouvait des fourmillements dans la plante des pieds.

Absence complète de céphalalgie, de vertiges, de vomissements, etc. Depuis quelques mois on constate un peu de difficulté pour la lecture, difficulté corrigée par des instillations oculaires; il n'est pas certain qu'il y ait de la diplopie.

En octobre 1891, l'auteur constate un état spasmodique des membres inférieurs, les genoux ne se plient pas, le malade traîne ses pieds sur le sol. Couché, il fait péniblement les mouvements desdites articulations, les muscles sont tendus, la force motrice est conservée; pas d'ataxie. Le réflexe patellaire est très marqué; pas de trouble de la sensibilité.

Aux membres supérieurs, à part l'augmentation des réflexes tendineux et une certaine raideur, il n'y a pas de troubles des

mouvements actifs. Pas d'anomalie de la colonne vertébrale ni du tronc.

Rien à signaler à la tête, la dentition est pathologique, mais ne présente pas les signes d'Hutchinson. La pupille gauche est plus dilatée que la droite, le réflexe pupillaire manque des deux côtés, il y a de la mydriase. Absence de réaction par convergence des bulbes oculaires, et parésie d'accommodation très marquée.

Le malade est petit pour son âge, mais en bon état; les viscères sont normaux. Pendant deux mois de séjour à l'hôpital il suit un traitement par frictions mercurielles, et prend de l'iodure de potassium; le tout sans résultat. On constate une faiblesse intellectuelle incontestable, quoique peu marquée, l'enfant est d'autre part très irritable.

L'auteur a revu le malade après dix-huit mois; sa démarche présentait toujours les mêmes caractères, il se plaignait toujours de raideur des jambes, de paresthésies plantaires après la marche, et, parfois, de douleurs dans les jambes. Sa mère déclarait qu'en raison de ses accès de colère et de sa méchanceté l'enfant pouvait difficilement être conservé dans sa famille. Physiquement il s'était peu, pour ne pas dire pas du tout, développé.

L'auteur estime que l'origine syphilitique de l'affection ne saurait guère être mise en doute, en face de symptômes tels que l'absence de réflexe pupillaire avec mydriase et parésie d'accommodation, qui sont en général imputables à la syphilis, et aussi en considération de ce fait que la syphilis héréditaire est une cause fréquente d'arrêt de développement physique et intellectuel, de vices de dentition, etc., symptômes qu'on a tous observés chez le petit malade.

Quant au siège de la lésion, la débilité mentale, les particularités de caractère, indiquent une lésion de l'écorce cérébrale de la région frontale; les altérations pupillaires, pareilles à celles du tabes, permettent de supposer une lésion similaire.

Quant aux manifestations spasmodiques des jambes, elles peuvent être dues à une altération de la substance blanche de la moelle, que cette altération soit indépendante de la lésion cérébrale, c'est-à-dire primaire, comme dans le cas de syphilis acquise de Minkowski, ou secondaire, c'est-à-dire liée à une dégénérescence des faisceaux pyramidaux et à une altération des centres moteurs corticaux, comme celle que l'auteur admet dans le lobe frontal.

Reste à déterminer la nature de ces lésions.

L'auteur estime qu'il y a deux ordres de faits :

1° Un arrêt du développement de certains territoires du système nerveux central, dont fait foi l'arrêt de développement des facultés intellectuelles et de l'état physique qui s'est établi à un moment donné, et a persisté plusieurs années, sans qu'aucune maladie intercurrente qui ait pu y donner lieu ne soit survenue;

2° Un processus morbide actif, survenu plus tard, à l'âge de douze ans seulement, comme en font foi les symptômes spasmodiques et pupillaires qui, survenant à cette époque et atteignant des fonctions jusqu'alors normales, ne sauraient être imputés à l'arrêt de développement.

Il est probable, dit l'auteur, qu'il ne s'agit pas là de lésions anatomiques ayant les caractères propres de la syphilis (gomes, etc.), mais de lésions méta ou parasymphilitiques (produites par une syphilotoxine hypothétique), présentant les caractères dégénératifs ou scléreux, et siégeant dans l'écorce cérébrale et dans les faisceaux conducteurs de la motricité, dans les pyramides sur tout leur parcours ou seulement dans les cordons latéraux de la moelle.

Il n'y a pas à s'étonner de la dégénérescence des cordons latéraux, qui s'observe aussi dans la démence paralytique, quand celle-ci évolue sous une forme spasmodique; elle peut être secondaire, mais ne l'est pas forcément. Et de même que dans la paralysie générale des aliénés, on voit parfois les symptômes spasmodiques ou tabétiques précéder les troubles mentaux, l'auteur estime que dans son cas il peut s'agir d'une paralysie spinale spasmodique coordonnée, mais non subordonnée à la lésion cérébrale. Dans ce cas, la syphilis aurait joué le rôle qui dans d'autres maladies de système (ataxie de Friedreich, paralysie spinale spasmodique de Shrivampell), revient à l'hérédité.

L'auteur termine en éliminant la paralysie spinale syphilitique proprement dite d'Erb, en raison de la marche chronique de l'affection et de l'inefficacité du traitement spécifique.

Le fait que les facultés intellectuelles ont pu changer en plusieurs années lui fait rejeter également l'hypothèse d'une paralysie générale infantile ou juvénile à forme spasmodique. Enfin, se basant sur ce fait que les accidents spasmodiques de son malade n'ont pas été congénitaux, mais sont survenus seulement dans le cours de la douzième année, l'auteur élimine encore la maladie de Little, cette forme spéciale de la paralysie

infantile qui atteint souvent les sujets tributaires de la syphilis héréditaire, comme le prouvent encore des observations récentes de Fournier et de Gilles de la Tourette; mais dans cette dernière affection les accidents spasmodiques, s'ils ne sont congénitaux, s'observent d'une façon précoce, quand les enfants commencent à marcher.

Pour toutes ces raisons, l'auteur estime qu'il s'agit chez son malade, en outre d'altérations cérébrales consistant surtout en arrêt de développement, d'une affection médullaire ayant évolué sur un terrain syphilitique à la manière du cas de Minkowski, de la paralysie spinale spasmodique de Shrümpell, ou de la forme spasmodique de la démence paralytique.

XI. — *De la sonorité et de la percussion des os du crâne et de la colonne vertébrale comme moyen de diagnostic des maladies nerveuses*; par le professeur Bechterew (numéro de juillet). — Dans la littérature russe, deux articles du D^r Okanew et du professeur Gabritschewski ont paru récemment sur cette question. Le premier s'est surtout servi de la percussion et de l'auscultation crânienne pour diagnostiquer l'inflammation et la suppuration de l'apophyse mastoïde. Il auscultait à la manière ordinaire avec un stéthoscope, pendant que d'autre part il appliquait un diapason en vibration sur le crâne. Il a constaté que du côté de l'apophyse malade, le son arrive moins net à l'oreille, et il pose en principe que : 1° pour établir si l'apophyse mastoïde doit être trépanée, l'auscultation et la percussion sont une épreuve indispensable; 2° la diminution de la sonorité et la matité pendant l'application du diapason sont un signe d'une lésion osseuse profonde (foyer purulent, carie, néoplasme, etc.); 3° il est vraisemblable que pour les lésions de tous les autres os du corps, on pourrait constater les mêmes signes stéthoscopiques; 4° la constatation de ces phénomènes d'auscultation permet, dans les cas chroniques, d'avoir recours à la trépanation précoce, ce qui augmente les chances de succès.

Le D^r Gabritschewski a appliqué à l'auscultation du crâne et des os en général l'appareil dit « pneumatoscope », dont l'entonnoir, appliqué sur la bouche ouverte du patient, est mis en communication avec les oreilles du médecin par deux tubes en caoutchouc. Cet appareil donnait des résultats plus nets que le double stéthoscope américain, dont l'auteur s'est également servi. Il estime que la percussion et l'auscultation des os crâniens qui peuvent, même pour le praticien privé d'appareils

spéciaux, se faire au moyen d'un stéthoscope ordinaire, sont d'une grande importance. En comparant les variations de l'intensité des sons transmis, soit à la suite de simple percussion, soit en appliquant un diapason sur différentes parties symétriques ou voisines du crâne, l'auteur a pu constater non seulement des affections osseuses, mais même des affections cérébrales.

L'application du diapason est un moyen précieux, et l'auteur, pour parer à l'inconvénient de la diminution des vibrations, a fait construire un appareil permettant d'avoir, pendant toute la durée de l'examen, les mêmes vibrations ; à cette fin, il fait actionner son diapason par un électro-aimant et une bobine. La percussion est utile non seulement pour l'auscultation, mais aussi pour l'étude de la sensibilité locale.

Il faut, d'après l'auteur, distinguer entre la percussion superficielle ou faible, et la percussion profonde ou forte. La première est connue et employée de tous, la seconde paraît jusqu'à présent peu utilisée ; elle se fait au moyen d'un plessimètre, elle ne peut être employée dans les affections douloureuses de la tête ou de la colonne vertébrale ; mais en dehors de ces cas, elle est très utile ; elle a permis de constater des points sensibles dans certaines affections de la moelle, et de localiser le siège de l'affection, alors que les autres symptômes ne permettaient pas encore cette localisation.

XII.— *De l'amok*, parle D^r Raseh (numéro d'août).— L'amok est une affection propre à la race malaise, et qui ne s'observe que dans l'Archipel malais. Elle est caractérisée par des accès paroxystiques dans lesquels le Malais, d'habitude doux et paisible, est pris d'une fureur subite, court par les rues, entre dans les maisons, armé d'une arme appelée « kriss », blesse ou tue tout ce qui se trouve sur son chemin, sans épargner ni femmes, ni enfants, ni amis. Il n'a aucun souci du danger auquel il s'expose lui-même en raison des mesures prises pour le maîtriser, et qui sont tellement radicales que rarement on s'empare de lui vivant. Si cela arrive, il tombe dans un état comateux, et au réveil il ne se souvient pas de ses actes.

Durant les premiers jours, il est abattu, craintif, et ne se souvient toujours pas de ses méfaits.

Ces paroxysmes, d'après Heymann, qui a donné la description ci-dessus, seraient souvent causés par l'abus de l'opium. D'autres auteurs (Schülze) partagent cette manière de voir, mais von der Burg est d'un autre avis. Ellis estime que la

frayeur, les soucis, les injustices imaginaires ou réelles, l'aspect du sang humain et un état particulier de dépression nerveuse seraient la cause de l'amok; quant à l'abus de l'opium, il n'en fait pas mention.

Cette maladie n'a pas été observée chez la femme jusqu'à présent.

Quant à la place à donner à l'amok dans le cadre nosologique, l'auteur estime que la rubrique qui lui convient est celle de *mania transitoria*; il signale néanmoins un trait caractéristique de l'amok, c'est la fin fréquente du paroxysme par le suicide, fin qui est rare dans la manie transitoire ordinaire.

Ellis définit l'amok : *unconscious paroxysm of homicidal mania*.

Rien n'autorise à considérer l'amok comme un état épileptique. La durée du paroxysme varie entre quelques heures et quelques jours.

L'auteur estime que le traitement radical qui consiste à rendre inoffensif, en le fusillant, l'individu qui est amok, a peut-être, malgré sa cruauté, eu pour effet de diminuer le nombre des cas de simulation et de prévenir des épidémies de ce mal.

XIII. — *Atrophie musculaire dégénérative dans la paralysie générale progressive*; par le D^r Hoche (numéro de septembre). — L'auteur rapporte deux cas de paralysie générale, dont l'un suivi d'autopsie. Dans ces deux cas, il y avait eu atrophie musculaire très accusée de l'éminence thénar dans le premier cas, de l'éminence hypothénar dans le second cas. Dans celui-ci, l'autopsie révéla en outre des lésions caractéristiques de la paralysie générale avec dégénérescence grise des cordons postérieurs. Dans la moelle lombaire, les régions radiculaires étaient altérées; dans la région dorsale les faisceaux de Goll et de Burdach avaient subi une légère dégénérescence, et à la région cervicale, les faisceaux de Goll étant presque intacts, les faisceaux de Burdach présentaient des signes de dégénérescence. Depuis la sixième vertèbre cervicale jusqu'à la deuxième dorsale les cellules ganglionnaires étaient intactes ainsi que les racines antérieures, et les nerfs radial, cubital et médian examinés au niveau du bras.

L'auteur n'a pu examiner les branches terminales des nerfs de la main.

Quant au premier cas, il n'a pas été suivi d'autopsie, mais l'examen des réactions à l'électrisation permet d'admettre que le cas était anatomiquement pareil au second.

Ces cas paraissent intéressants au point de vue de la question d'unité ou de dualité du tabes et de la paralysie générale. Möbius, en Allemagne, a rangé ces deux affections sous la rubrique « métasyphilis ». En France, la théorie unitaire a de nombreux adeptes, et Nageotte a récemment écrit, que « le tabes et la paralysie générale, qui ont la même étiologie, coexistent dans un nombre trop considérable de cas, et se combinent de façons trop variées pour que l'on puisse voir dans l'une de ces affections une complication de l'autre ; on doit les considérer comme des manifestations diverses d'une seule et même maladie. »

Après avoir cité un certain nombre d'objections que les partisans de cette théorie unitaire auraient à réfuter pour la faire triompher, l'auteur ajoute que les deux cas qu'il a observés l'engagent à persister dans son opinion, et à ne pas considérer la dégénérescence des cordons latéraux dans la paralysie générale comme étant secondaire. Il croit que l'affection spinale est, comme celle du cerveau, une affection propre, indépendante, et qu'*a fortiori* les lésions des parties encore plus éloignées du centre (racines et nerfs périphériques) peuvent également se produire avec un caractère d'indépendance.

Il fait remarquer qu'à ce sujet les deux faits rapportés par lui ont une portée d'autant plus grande, que les parties les plus périphériques du système nerveux étaient seules atteintes.

XIV. — *De la craniotonoscopie et de sa signification clinique*; par le Dr Murawjeff (numéros d'août et de septembre). — L'auteur donne le nom de craniotonoscopie à la méthode d'auscultation des bruits transmis à travers les os crâniens, méthode mise en pratique par Okunew, Ionkan et Gabritschewsky, et perfectionnée par ce dernier, qui a appliqué le pneumatoscope muni d'un diapason électrique à ce genre d'investigations. L'auteur donne à ce dernier procédé sa préférence, tout en reconnaissant que le diapason électrique peut, sans inconvénient, être remplacé par un diapason ordinaire, pourvu que celui-ci soit de fabrication irréprochable.

Il a cherché quelles sont les données que cette méthode peut fournir au diagnostic ; mais d'abord il met en garde contre de nombreuses causes d'erreur, auxquelles des vices de manipulation donnent lieu. Il importe, par exemple, d'avoir un diapason donnant un son assez fort, de raser la tête du sujet, de faire respirer le malade par le nez pendant l'opération, d'avoir pour l'étude comparative des deux points symétriques des vibra-

tions de même intensité, de ne comparer que des points strictement symétriques, de répéter l'auscultation plusieurs fois aux mêmes endroits, surtout si elle donne des résultats positifs, de négliger les différences insignifiantes constatées, etc. En observant minutieusement les règles brièvement résumées ci-dessus, l'auteur a fait des expériences sur des sujets sains, sur des sujets atteints d'affections du crâne ou de l'encéphale, et sur des cadavres.

Les premiers lui ont permis d'établir que deux points symétriques résonnent toujours d'une manière identique et que le son perçu au moyen de l'appareil par l'oreille de l'examineur, diminue d'intensité à mesure qu'on recule le diapason de la région frontale vers la région occipitale.

Les expériences sur les cadavres (injections intracrâniennes pour simuler des collections purulentes ou des tumeurs) ont démontré que des lésions sous-jacentes à la boîte crânienne ne changent pas les phénomènes stéthoscopiques, et ne peuvent par conséquent être diagnostiquées par la craniotonoscopie.

L'observation clinique a confirmé cette manière de voir, un kyste cérébral, une tumeur du cervelet et huit cas de tumeurs cérébrales n'ayant donné que des résultats négatifs. Mais il n'en est plus de même quand les lésions, au lieu d'être situées profondément sous le crâne, siègent dans l'enveloppe osseuse elle-même; tout ce qui altère ou amincit cette enveloppe donne lieu à une diminution de la sonorité; il en est de même, par analogie, de tout processus morbide ayant pour effet un amincissement ou un épaissement des parties molles qui recouvrent les os crâniens.

L'auteur a observé un cas de gourme syphilitique du crâne qui donnait lieu à de la matité, laquelle matité a disparu avec les symptômes provoqués par la gourme elle-même.

En résumé donc, la méthode craniotonoscopique est impuissante pour le diagnostic des affections intracrâniennes; par contre, elle est précieuse pour le diagnostic, lorsque les os du crâne sont intéressés, et la matité qu'elle permettra de constater, chaque fois que les parois crâniennes seront amincies par un processus quelconque, indiquera le siège de la lésion. De cette manière, on pourra faire la trépanation précoce, avant que l'inflammation ne se soit communiquée des os aux tissus sous-jacents.

Une tumeur osseuse sera révélée par le même procédé, et

pourra être enlevée avant d'exercer sur l'encéphale des phénomènes de compression.

Inversement une tumeur intracrânienne pourra amener un amincissement secondaire des os, et la méthode permettra encore de déterminer le point où devra être appliqué le trépan. Pour toutes ces raisons, la craniotomoscopia constitue un moyen d'investigation précieux, qui devra être utilisé dans tous les cas de tumeurs cérébrales, et dont la place est marquée parmi les méthodes de diagnostic.

XV. — *Les voies de transmission de la sensibilité dans la moelle épinière*; par le D^r Beehterew (numéro de septembre). — L'auteur a entrepris, avec le D^r Holzinger, des recherches pour la localisation des voies sensitives de la moelle. Des sections de la moelle ont été faites sur des chiens au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales, et l'étendue de ces sections a été vérifiée ultérieurement par un examen microscopique.

Les résultats ont été les suivants :

1° La section de la moitié de la moelle a eu pour suite une hypoesthésie bilatérale des parties du corps, situées au-dessous de la section; cette hypoesthésie a disparu presque complètement au bout de quelques jours;

2° La section simultanée des cordons postérieurs, de la substance grise et des cordons antérieurs, n'a pas produit d'analgésie;

3° La section des deux cordons latéraux, et aussi la section de la moitié postérieure de la moelle, à condition d'être faite un peu en avant des faisceaux pyramidaux, avaient pour conséquence l'analgésie des parties du corps situées au-dessous de la section. Quand, au contraire, la section des cordons latéraux était moins complète, il n'y avait pas analgésie complète;

4° Les sens tactiles et musculaires étaient abolis dans les cas où les cordons postérieurs étaient également détruits.

Enfin, l'apparition de symptômes ataxiques est signalée pour les membres inférieurs en cas de section des cordons postérieurs au niveau indiqué plus haut.

XVI. — *La méthode de Frenkel dans le traitement du tabes dorsalis*; par le D^r Beehterew (numéro de septembre). — L'auteur a appliqué, avec le D^r Astankow, la méthode de Frenkel dans un certain nombre de cas de tabes. Dans la plupart des cas, il a constaté une amélioration sensible, et dans un certain nombre, après trois semaines de traitement, le résultat

a été tout à fait brillant. Le procédé employé a été celui décrit par Hirschberg (*Bull. de Thérap.*, 1893).

Les séances étaient quotidiennes, duraient trente minutes et étaient suivies d'un massage des pieds.

Les résultats obtenus confirment les conclusions suivantes de Hirschberg : 1° La méthode de Frenkel améliore sensiblement l'état des diabétiques. 2° Des exercices gymnastiques raisonnés rétablissent et augmentent la force musculaire dans les parties affectées. 3° Les exercices entrepris sous le contrôle de la volonté du patient, améliorent la coordination des mouvements. 4° L'absence de confiance du malade, qui aggrave souvent le mal, disparaît. En outre, le sens musculaire est amélioré; le signe de Romberg diminue, mais les signes d'Argyll-Robertson et de Westphal ne sont pas modifiés. Il faut par conséquent, dit l'auteur, voir dans la méthode de Frenkel un traitement symptomatique excellent du tabes dorsalis.

XVII. — *De la distribution du sang dans la protubérance, les pédoncules cérébraux et spécialement dans le noyau de l'oculo-moteur*; par le Dr Schimamura (numéros d'octobre et de novembre). — Le fait que beaucoup de processus morbides de certaines régions cérébrales sont motivés ou favorisés par la disposition du système vasculaire est hors de doute; l'auteur n'en veut citer pour exemple que la disposition des artères qui, partant de la fosse sylvienne par une direction perpendiculaire, se dirigent vers la capsule interne, et qui en outre ne s'anastomosent pas entre elles et sont des artères terminales : deux circonstances qui, comme l'a indiqué Mendel, amènent dans ce territoire une augmentation de la pression sanguine et en font un lieu d'élection pour les hémorragies cérébrales.

Des considérations de ce genre ont amené l'auteur à étudier minutieusement, au moyen d'injections, le système vasculaire de la protubérance, des pédoncules cérébraux et spécialement du noyau de l'oculo-moteur. Il est inutile et impossible de suivre ici pas à pas l'auteur dans cette étude anatomique que l'absence des figures insérées dans le texte rendrait d'une compréhension difficile; mais en rendant compte du dernier paragraphe de ce long travail, nous indiquerons au moins brièvement au lecteur le résultat des recherches de l'auteur.

Au début de son travail, il a mentionné, dit-il, l'influence de la distribution du réseau vasculaire sur certaines maladies du système nerveux évoluant dans des régions spéciales.

Or le territoire du noyau de l'oculo-moteur est un de ceux où

l'on observe le plus souvent des processus morbides, soit limités à ce territoire, soit intéressant également d'autres parties. On peut citer entre autres, parmi ces états pathologiques, le tabes, la paralysie générale progressive, la polioencéphalite aiguë ou chronique, les lésions propres du noyau de l'oculo-moteur, etc.

Or, il faut remarquer : 1° Que le noyau de l'oculo-moteur est situé à cet endroit du cerveau où la carotide d'une part, la vertébrale d'autre part, amènent en même temps leur flot sanguin ;

2° Que tous les vaisseaux qui vont finir en branches terminales dans ce noyau ont une direction presque verticale de bas en haut ;

3° Que ces vaisseaux, comme l'ont démontré les injections, sont des artères terminales, c'est-à-dire sans anastomoses, que par conséquent elles irriguent à l'exclusion de toutes autres artères, le territoire du noyau. Ce sont là trois conditions défavorables qui donnent l'explication de la fréquence des processus pathologiques dont le noyau de l'oculo-moteur est le siège, et aussi de ce fait, que toute une série d'affections du système nerveux central a ses premières manifestations dans les parties desservies par ce noyau.

En terminant, l'auteur fait remarquer qu'un travail de d'Astros sur le même sujet (*Revue de méd.* 1894, 10 janvier), lui tombe sous la main, et il constate que, malgré certaines divergences sur d'autres points, d'Astros estime comme lui que les artères en question sont des artères terminales, et formant un système indépendant, et chargé exclusivement de l'apport du sang au noyau gris de l'oculo-moteur commun et du pathétique.

XVIII. — *De l'administration simultanée des bromures et de l'adonis vernalis dans l'épilepsie*; par le D^r Bechterew (numéro de décembre). — La médication bromurée est la plus usitée et la plus efficace contre l'épilepsie, mais ne donne cependant qu'une proportion restreinte de guérisons; le plus souvent elle ne fait que diminuer le nombre et l'intensité des crises; quelquefois même, elle a un effet nuisible, en ce sens que les crises, un instant supprimées, reviennent plus fortes et plus nombreuses. D'autre part, les autres médicaments employés sont encore plus infidèles, aussi a-t-on cherché dans l'association de ces médicaments avec le bromure, le moyen de combattre le haut mal; et Poulet a déjà constaté que l'association du bromure à l'éserine, à la picrotoxine, au sulfate

d'atropine, à la digitale, etc., donne des résultats plus satisfaisants que l'emploi isolé de ces agents, et a en outre pour avantage de permettre la diminution de la dose de bromure. Il cite cinq cas dans lesquels ce traitement lui a donné des résultats heureux.

D'autre part, Flechsig a employé le traitement mixte par les opiacés et les bromures (*Neurol. Centralb.* 1893), et cite un cas d'épilepsie ancienne et tenace guéri par lui. L'auteur se sert avec succès depuis des années d'un traitement par l'adonis vernalis et les bromures. Considérant que dans l'épilepsie il y a une hyperémie active de l'encéphale et que le bromure agit en diminuant l'excitabilité des centres cérébraux, il a été amené à associer à ce médicament l'adonis qui a pour effet d'amener l'augmentation de la pression sanguine du cerveau, en provoquant en même temps un certain rétrécissement de la lumière des canaux vasculaires. Il se sert d'une infusion de 2 à 3 gr. 75 d'adonis dans 180 grammes d'excipient; après filtration il ajoute 7 gr. 50 à 11 gr. 25 de bromure; il ordonne quatre à six et même huit cuillerées à bouche par jour, parfois il ajoute à sa potion 0 gr. 12 à 0 gr. 18 de codéine. Le traitement a pu être prolongé sans accident pendant des mois. Il a obtenu souvent une disparition complète des crises, et dans d'autres cas une diminution de l'intensité ou du nombre des accès convulsifs; toujours la maladie, sous un rapport ou un autre, a été heureusement influencée par le traitement. Il cite deux observations concluantes à l'appui de sa communication, et ajoute qu'il a quelquefois associé la digitale aux bromures, mais que l'accumulation des effets de ce médicament en limite l'emploi, et pour cette raison il lui préfère l'adonis vernalis. Il estime que l'adjonction de la codéine ou des opiacés peut donner de bons résultats.

XIX. — *Récidive et diplégie dans la paralysie faciale dite rhumatismale*; par le Dr Hubsehmman (numéros de novembre et de décembre). — A la polielinique de Leipsig on a observé, sur 6,806 cas de maladies du système nerveux, 135 cas de paralysie faciale, soit 2 p. 100 de ces cas.

Dans 73 p. 100 l'origine de l'affection est rhumatismale; cette proportion est celle déjà indiquée par Philip. L'auteur range aussi sous la rubrique des paralysies rhumatismales, celles qui ont été décrites comme « atmosphériques » ou « à frigore », en faisant remarquer que les trois termes masquent notre ignorance de la vraie cause de cette affection. A un autre

point de vue, la statistique que donne l'auteur, comprenant 211 cas, tant personnels que rapportés par Bernhardt, montre que la paralysie frappe indifféremment les deux côtés de la face, que le sexe masculin y est plus exposé, que la plus grande fréquence tombe entre vingt et cinquante ans (période correspondant à celle où les hommes sont le plus exposés aux intempéries), enfin que la paralysie faciale avant l'âge de dix ans ne constitue pas une rareté pathologique (la statistique personnelle de l'auteur en relève 9 cas), enfin que l'influence saisonnière ne se fait remarquer ni quant à la fréquence ni quant à la gravité des cas.

Les phénomènes douloureux sont assez rares, et sans rapport avec la gravité du mal; ils n'éclairent pas, par conséquent, le pronostic, et les réactions électriques ont à ce point de vue une importance prépondérante.

Autrefois, on considérait les récidives comme rares, et pour cette raison on les a publiées, ce qui fait que la littérature actuelle en mentionne un grand nombre, sans parler des cas publiés par Montault en 1831, Eulenburg, Strumpell, Möbius, Neumann, Bernhardt, et en dernier lieu, par Hoffmann; il résulte de 94 cas cités par Philip et de 99 cas cités par l'auteur que la proportion de ces récidives est de 6 p. 100.

Comment expliquer ces récidives?

Par une prédisposition créée par la première atteinte, comme le veut Eulenburg? — Mais dans ce cas les récidives devraient être bien plus fréquentes, et la deuxième atteinte devrait toujours siéger du même côté que la première, ce qui n'est pas toujours le cas.

Admettra-t-on avec Neumann et Charcot la tare névropathique comme cause étiologique? Mais cette tare n'est constatée que chez un tiers des malades, et l'on ignore la proportion des récidives spécialement pour ce tiers.

Admettra-t-on avec Philip le rétrécissement du trou stylo-hyoïdien comme cause originelle, avec la compression du nerf qui en résulte? Mais depuis 1871, date à laquelle a été faite par Minkowski la première autopsie de paralysie faciale rhumatismale, on reconnaît que le processus pathologique de cette affection est une névrite périphérique dégénérative à marche centripète. Le point initial du mal est donc à la périphérie, et c'est précisément parce que d'autres nerfs sont frappés à la périphérie, en même temps que le facial, qu'on constate parfois des symptômes douloureux.

L'auteur estime qu'il faut considérer la paralysie faciale dite rhumatismale, comme une maladie infectieuse dont une première atteinte confère, en règle générale, l'immunité, mais qui peut avoir ses récidives au même titre que la scarlatine, la variole, etc. Le refroidissement joue dans ces cas le même rôle que dans la pneumonie éruptive.

Pourquoi le nerf facial subit-il l'influence du refroidissement plutôt que les autres nerfs de la face? A cela l'auteur répond qu'il est le seul nerf moteur superficiel, et qu'il est permis d'admettre entre les nerfs moteurs et les nerfs sensitifs une différence de structure qui rend les premiers plus faibles à la résistance du froid, fait qui trouverait son analogie dans l'action de la toxine de Löffler qui provoque également des paralysies motrices et respecte les nerfs sensitifs.

Parfois la paralysie faciale s'étend d'un côté de la face à l'autre; l'auteur en cite un cas intéressant, unique, dit-il, de récidive et de diplégie réunies : il y a d'abord paralysie faciale droite légère, six mois plus tard récidive de moyenne gravité, mais s'étendant au côté gauche, où la guérison a lieu un mois avant qu'elle ne soit constatée du côté droit également.

Les cas de diplégie rhumatismale sont rares ; en fouillant la littérature des cinquante dernières années (Romberg, Davaine, Löw, Gairdner, Wasehmuth, Pierreson, Eulenburg, etc., jusqu'à Hoffmann), on peut en réunir 18 cas.

On a donc le droit de dire que c'est une affection rare. L'auteur en a rapporté deux cas présentant comme particularité, l'un une marche envahissante vers les rameaux inférieurs du facial et vers la corde du tympan, alors que la paralysie disparaissait déjà dans le rameau frontal gauche (fait qui n'est guère compatible avec une origine atmosphérique et nous ramène à l'origine infectieuse), l'autre un gonflement des joues comparable à de l'œdème indiquant des troubles vaso-moteurs, troubles qui avaient déjà été signalés par Märt, Fritze, Frankl, Hochwart, etc.

En somme, l'auteur admet l'hypothèse de l'origine infectieuse, et l'opinion de Hoffmann qui attribue les récidives à la prédisposition créée par une première atteinte n'est admissible que pour les cas où cette atteinte n'a pas conféré l'immunité, sans cela les récidives seraient bien plus fréquentes. Quant à la théorie de Neumann qui donne un rôle prépondérant à la tare héréditaire, elle est jusqu'à un certain point admissible, et pourrait même être étendue à toute affection quelconque, qui, en dimi-

nuant la résistance de l'organisme, prépare un terrain favorable à l'agent infectieux.

XX. — *Amyotaxie cérébrale. Diverses formes de crampes d'origine cérébrale développées sur un terrain dégénéré*; par G. Rassolimo (numéro de décembre). — Aussi longtemps qu'on ne saura pas indiquer avec précision le substratum anatomo-pathologique correspondant aux divers troubles du système nerveux, il faudra renoncer à une classification juste; et sans cette classification, on se trouvera toujours désorienté devant les faits de plus en plus nombreux que révèle chaque jour l'observation clinique sur le terrain de la neuropathologie et de la psychiatrie. Faute de base exacte, les formes cliniques deviennent plus nombreuses et les cadres de classifications sans cesse modifiés ne pouvant renfermer tous les faits, sont tellement élargis qu'ils ne répondent plus à leur destination. Heureusement la faillite totale de ces classifications est retardée de temps en temps, par la découverte de formes combinées ou de formes de transition, qui sont comme des traits d'union reliant les formes isolées à un tout pathologique évoluant tantôt sous une forme, tantôt sous une autre, au gré des combinaisons des symptômes.

L'auteur cite deux observations à l'appui de cette assertion, observations dont les principaux traits sont ainsi résumés : chez un individu d'âge moyen, porteur de stigmates anatomiques et psychiques de dégénérescence, se développe dans l'enfance du bégaiement sous une influence psychique, plus tard, sous l'influence de la fatigue professionnelle (écriture), apparaissent des sensations désagréables dans la main droite, qui s'étendent finalement aux autres membres et au tronc, et s'accompagnant de contractions musculaires involontaires qui dans le bras droit prennent le caractère d'une contraction tonique presque permanente. Les contractions s'arrêtent la nuit; pendant le jour, le malade peut les arrêter en portant toute son attention sur un mouvement limité de la main droite (écriture).

Il y a toujours des contractions fibrillaires ou fasciculaires.

Par une analyse très détaillée, l'auteur montre que la maladie qu'il a observée, ne peut être classée comme exemple de crampe d'écrivains, comme bégaiement compliqué, comme athétose ni comme aucune autre forme connue d'hyperkinésie, ni comme affection hystérique, et cependant tous ces symptômes

constatés s'observent dans l'une ou l'autre combinaison de ces affections.

D'après l'auteur, il est vraisemblable que chez un dégénéré prédisposé aux affections des centres moteurs cérébraux, le même facteur qui provoque le bégaiement, peut provoquer dans d'autres régions des troubles de nature hyperkinésique. C'est ainsi qu'il faut expliquer les différents mouvements convulsifs de la face, du cou et des extrémités qui accompagnent le bégaiement.

C'est aussi l'explication qui convient à un autre cas observé par l'auteur chez un sujet de vingt-cinq ans, qui, à l'âge de quatre ans, à la suite d'une frayeur, s'est mis à bégayer, présentant en même temps de la contraction des muscles de la moitié gauche de la face, tandis que le bras gauche fut retiré derrière le dos, par des contractions musculaires qui le maintinrent pendant trois ans dans cette position.

Fils de parents alcooliques, alcoolique lui-même, le malade présentait à l'âge de vingt-cinq ans, époque à laquelle l'auteur l'a observé, des mouvements caractéristiques de l'athétose dans la main droite, mouvements ne s'arrêtant que pendant le sommeil, et qui existaient également aux membres inférieurs.

Tout ce qui influence le bégaiement, influence dans le même sens l'athétose.

Ce cas, d'après l'auteur, tend à prouver que, sur un terrain donné, les mêmes causes qui provoquent le bégaiement, peuvent aussi provoquer des troubles moteurs divers, de caractère cérébral, et particulièrement de l'athétose.

Dans le premier cas rapporté, le bégaiement était accompagné de mouvements convulsifs combinés, d'un mécanisme très varié; dans le second cas, il y avait de l'athétose typique; mais la tendance aux contractions toniques, l'absence de contractions permanentes, la cessation des contractions pendant le sommeil, leur exagération sous l'influence des causes qui augmentent le bégaiement, sont des caractères communs aux deux cas.

Ne pouvant ranger ces deux cas dans le cadre nosologique, l'auteur se défend bien de vouloir proclamer une nouvelle forme de maladie; il espère au contraire prouver que certains ensembles symptomatiques qui sont décrits comme maladies spéciales, pourraient être rapprochés sous une dénomination générale.

En attendant le jour où la pathologie pourra expliquer d'une manière suffisante chaque combinaison, nous nous servons aujourd'hui, dit-il, d'une classification détaillée, en per-

dant de vue que le même processus anatomo-pathologique et physiologique sert de substratum aux divers ensembles symptomatiques d'hyperkinésies cérébrales.

Les cas qu'il a rapportés sont intéressants, surtout en ce sens que par la réunion de symptômes appartenant à des formes morbides différentes, ils nous amènent à supposer qu'il existe dans les sphères motrices du cerveau une lésion qui est la cause commune des mouvements involontaires hyperkinésiques, et que cette unité d'origine permet de rapprocher des affections nerveuses qui ne se différencient, et ne prennent une physionomie spéciale, qu'au hasard des combinaisons des symptômes cliniques.

C'est ainsi que les deux cas cités plus haut sont caractérisés par l'augmentation de l'excitabilité de tout l'appareil moteur, depuis les centres corticaux et les noyaux de la substance grise jusqu'aux moindres faisceaux musculaires. Seulement cette augmentation de l'excitabilité ne suffit pas à elle seule pour expliquer les différentes manifestations hyperkinésiques. Un rôle important revient à la facilité anormale avec laquelle se transmettent les impulsions centripètes parties de la peau, des muscles, et de la sphère psychique, pour agir sur l'appareil moteur. Et l'auteur estime que par analogie avec les troubles amyotaxiques périphériques et d'origine cérébro-spinale, on peut donner au groupe de troubles moteurs qu'il a exposé, le nom « d'amyotaxie-cérébrale ».

D^r AL. ADAM.

BIBLIOGRAPHIE

De la paralysie générale. Étiologie. Pathogénie. Traitement ;
par le professeur Mairat, médecin en chef, et le D^r Vires,
médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de l'Hérault.
1 vol. in-8°. Paris, Masson et C^{ie}, 1898.

L'étude des causes de la paralysie générale est une des questions de pathologie mentale qui sont actuellement le plus à l'ordre du jour. Un courant d'opinion, dont il n'y a à méconnaître ni la force ni l'étendue, entraîne un grand nombre d'aliénistes à admettre que, dans l'étiologie de cette maladie, la syphilis joue un rôle, sinon absolument unique, du moins tout à fait prépondérant, et tel que, à elle seule, elle en serait le facteur initial au moins quatre-vingt-dix fois sur cent.

Malgré la haute estime dans laquelle doivent être tenus ceux qui sont à la tête de ce courant, et parmi lesquels se distingue tout particulièrement M. Régis ; malgré la très grande impression que doit légitimement faire leur manière de voir, je dois confesser que, pour mon compte, je ne me suis point encore laissé entraîner à les suivre. Non pas que je veuille refuser à la syphilis aucune action ; mais je crois que cette action est à tout le moins restreinte. Parmi les malades que j'ai observés, il m'a semblé jusqu'ici qu'habituellement elle ne pouvait être mise en cause que d'une manière accessoire, et, d'autre part, il me semble qu'on ne doit pas perdre de vue des considérations d'ordre général dont on n'a pas encore infirmé la valeur. Ainsi, par exemple, si la syphilis est à la paralysie générale ce qu'on veut qu'elle soit, comment expliquer sa rareté, même son absence totale, parmi des populations chez lesquelles la syphilis sévit avec une intensité extrême ? Il est notoire que les Arabes d'Afrique sont presque tous syphilitiques ; la paralysie générale est inconnue parmi eux. D'après nos confrères d'Amérique, elle était également inconnue dans la race noire, pourtant bien entachée de syphilis, elle aussi, jusqu'au jour où les gens de cette race se sont adonnés aux

boissons alcooliques. Dans notre pays, il fut un temps où la syphilis, le mal français, sévissait d'une manière redoutable; la garde qui veillait aux barrières des palais n'en garantissait pas nos rois plus que d'autres. Cependant les observations médicales d'alors, si imparfaites qu'elles fussent, n'ont rien relevé qui puisse se rapporter à ce qu'on sait de la folie paralytique.

En voilà plus qu'il n'en faut pour autoriser les plus grandes réserves, en ce qui concerne l'action de la syphilis sur la paralysie générale. La simple coïncidence des deux maladies, si fréquente qu'elle soit, même en l'admettant universelle, n'est pas une raison suffisante de les mettre sous la dépendance exclusive l'une de l'autre; et si la paralysie générale juvénile est effectivement une émanation de la syphilis héréditaire, cela ne prouve pas que chez l'adulte la même maladie soit toujours d'origine syphilitique.

En réalité, les causes de la paralysie générale sont multiples. Reste à les bien connaître et à dire quelles sont les plus efficaces.

Le livre que MM. Mair et Vires viennent de publier, jette, il me semble, un jour lumineux sur cette question. Il n'en résout pas toutes les difficultés, mais il en éclaire un bon nombre. Il est basé sur cent soixante-quatorze observations, prises avec soin, analysées avec prudence et d'où sortent des conclusions qui, sur certains points, sont l'évidence même.

Ce qui en ressort de prime abord, c'est précisément la multiplicité des causes de la paralysie générale. Dans près des deux tiers des observations dont il s'agit, on trouve réunis des facteurs divers qui ont dû tendre ensemble aux mêmes résultats. Et d'autre part, dans les cas où on pouvait circonscrire l'unité d'un agent producteur, on est arrivé à reconnaître que cet agent n'était pas toujours le même.

MM. Mair et Vires établissent deux groupes de causes, les unes héréditaires, les autres acquises.

Au premier rang des causes héréditaires ils placent deux éléments dont l'action a bien été déjà indiquée, mais n'avait pas encore reçu une sanction suffisante : c'est l'arthritisme et la cérébralité. D'après leurs observations, l'action de ces causes est indiscutable et peut à elle seule être décisive.

Sous le nom d'arthritisme, est compris l'ensemble de ces maladies diathésiques que M. Bouchard a groupées sous le nom de maladies par ralentissement de la nutrition; on y trouve

l'arthritisme proprement dit, la goutte, le rhumatisme, le diabète, la gravelle, la lithiase biliaire, etc.

La éérébralité se rapporte à l'influence transmise de maladies cérébrales, notamment de la paralysie générale elle-même, eas à la vérité très rare, des ramollissements cérébraux suivis de démence, des attaques d'apoplexie. Cette dernière condition est de beaucoup la plus commune.

A côté d'elles se place l'hérédité aleoolique.

Ces influences héréditaires sont les seules que MM. Mairét et Vires aient rencontrées, les seules dont ils puissent affirmer l'existence.

Ils ne nient pas pour cela certaines autres, notamment celles de la tuberculose et de la syphilis ; mais, ne les ayant pas vues par eux-mêmes, ils ne peuvent rien en dire.

Quant au mode d'action des précédentes, il est variable, tout en aboutissant à un même effet, l'inflammation diffuse des vaisseaux et la dégénération cellulaire. Tantôt, dans l'arthritisme, où les mutations nutritives sont déviées ou incomplètes, les éléments du système nerveux tombent d'abord dans une sorte de sénilité précoce; tantôt, dans la éérébralité, les altérations essentielles débutent d'emblée dans les vaisseaux et les éléments nobles du système nerveux. Mais quel que soit le processus, le résultat définitif est le même.

Parmi les causes acquises, la plus importante, celle dont la certitude est le mieux établie, c'est l'aleoolisme.

MM. Mairét et Vires rappellent à cet égard des expériences absolument probantes. Ils ont intoxiqué des chiens, ils les ont soumis à l'influence prolongée de l'aleool; ils les ont vus passer par les états les plus divers de l'aleoolisme, ils ont trouvé, chez un certain nombre d'entre eux, des signes qui se rapportaient à de la paralysie générale, savoir de l'affaiblissement de l'intelligence et des troubles musculaires, et quand ils les ont sacrifiés, ils ont trouvé, à des phases diverses, l'inflammation de la pie-mère et des adhérences plus ou moins étendues entre elle et la substance corticale.

En face d'une expérimentation aussi précise, peut-on révoquer en doute que l'aleool soit une cause de paralysie générale? Nos auteurs ne le pensent pas; ils ont raison, et certainement on ne peut pas n'être pas d'accord avec eux.

C'est l'aleoolisme qu'ils placent au premier rang des causes acquises de paralysie générale. A côté de lui, mais sur un plan inférieur, ils mettent les causes morales, les excès divers, le

traumatisme, les infections aiguës. Encore, à leur avis, et d'après leurs observations mêmes, dans les cas où celles-ci se sont rencontrées, elles coexistaient souvent avec des causes du premier groupe qui avaient dû évidemment favoriser beaucoup leur action.

Quant à la syphilis acquise, MM. Mairet et Vires vont jusqu'à en nier complètement l'influence.

Dans les cas où elle se rencontre en même temps que d'autres causes, dont l'action a été reconnue efficace, on peut douter, disent-ils, qu'elle soit intervenue elle-même pour quelque chose. Et dans les cas où ils l'ont rencontrée seule, s'étant appliqués à déterminer exactement la situation, tant par l'étude des symptômes que par les recherches nécroscopiques, ils sont arrivés à se convaincre qu'ils avaient affaire alors, non à la vraie paralysie générale, mais à une paralysie généralisée, ou, autrement dit, à une syphilis cérébrale à forme de paralysie générale. Ils déniaient donc absolument à la syphilis toute influence génératrice sur la paralysie générale.

Leur opinion, en cela, peut être considérée comme excessive, car il faut, jusqu'à nouvel ordre, tenir compte de ce que d'autres observateurs ont constaté. Mais peut-être ne sont-ils pas loin de la vérité.

Quoi qu'il en soit, on ne peut méconnaître la valeur et la portée des recherches que MM. Mairet et Vires ont faites et d'où il ressort cette conclusion formelle, que les causes de la paralysie générale sont multiples; il en ressort aussi que ce courant d'opinion, dont nous avons constaté l'existence, devra se modifier, pour en revenir à des appréciations moins exclusives.

MM. Mairet et Vires se trouvent, ils le disent, quelque peu osés d'aller à son encontre. Ils ont eu raison de l'être. Il faut bien que quelques-uns le soient : cela est nécessaire à la manifestation de la vérité.

Ce que nous venons de dire ne doit pas être considéré comme une analyse complète de l'ouvrage que nous présentons. On y trouve bien d'autres choses importantes, qui seront étudiées avec fruit. Nous nous sommes borné à mettre en relief la principale, qui sera certainement un élément décisif de solution dans la question délicate des causes de la paralysie générale.

VICTOR PARANT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— De l'incontinence d'urine dans ses rapports avec l'hystérie infantile; par le D^r Cullerre. 8 pages in-8°. Extrait du *Compte rendu du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France*, 8^e session. Toulouse, 1897.

— Des variétés cliniques de délire de persécution; par les D^{rs} Th. Taty et J. Toy. 135 pages, in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, janvier à décembre 1897.

— Il tremore essenziale ereditario. Tromofilie (Le tremblement essentiel héréditaire. Tromophilie); par C.-B. Ughetti, professeur de l'Université de Catane. 48 pages in-8°. Extrait des *Conferenze cliniche Italiane*. Vol. I. Milan, s. d.

— Trismus hystérique persistant durant plus de neuf mois; par les D^{rs} Bidlot père et Xavier Fraucotte. 10 pages in-8°. Bruxelles, 1897.

— La demenza paralitica nei pellagrosi (La démence paralytique chez les pellagres); par le D^r Cesare Pianetta, directeur-adjoint du manicomio de Brescia. 7 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di patologia nervosa mentale*, numéro de décembre 1897.

— Epilepsia e Crime; par Afranio Peixoto. 1 vol., in-8° de 196 pages. Bahia, 1897.

— Second annual Report of the Board of Managers of the second hospital for the insane of the state of Maryland (Second rapport annuel du Comité des administrateurs du second asile d'aliénés de l'Etat de Maryland). 25 pages in-8°. Baltimore, 1897.

— Des psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins; par le D^r Guélou. 60 pages in-8°. Thèse de Bordeaux, 1897.

— Zur Frage der Ursache der Linkshändigkeit (Sur la question des causes de la gaucherie); par le D^r A. Rothschild (de Rindorf-Berlin, 11 pages in-8°. Extrait des *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*, 1897.

— La medicina legale psichiatrica nei tribunali militari (La médecine légale des aliénés devant les tribunaux militaires); par le D^r Frigerio. 9 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale*, novembre, 1897.

— La cura medico-pedagogica dell' idiotismo (Le traitement médico-pédagogique de l'idiotie); par G. Pela. 3 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1897.

— L'assimilation et l'utilisation des indigènes en Tunisie; par M. Laupré. 16 pages in-8°. Extrait de la *Revue scientifique*, numéro du 11 septembre 1897.

— Sul tipo progeneo nei sani di mente, negli alienati, nei criminali (Du type prognathe chez les sains d'esprit, les aliénés et les criminels); par le D^r Giuseppe Peli, directeur-adjoint du manicomio de Bologne. 11 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale*. Vol. XII. Fasc. I-II.

— De la paralysie générale. Etiologie. Pathogénie. Traitement; par les D^{rs} Mairet et Vires. 225 pages in-8°. Paris, Masson, 1898.

— Curiosa statistica dell' alcoolismo. Rassegna; par le D^r Giuseppe Peli. 3 pages in-8°. Extrait du *Bullettino delle scienze mediche di Bologne*, novembre 1896.

— La femme en prison et devant la mort. Etude de criminologie; par Raymond de Ryckère. Préface du professeur A. Lacassagne. 1 vol. in-8° (247 pages) de la *Bibliothèque de criminologie*. Paris, Masson et C^{ie}. 1898.

— Les aliénés criminels. Communication faite à la séance de la Société générale des prisons du 11 novembre 1897, par le D^r Henri Colin. 11 pages in-8°, s. l. n. d.

— Les alcooliques persécutés; par le D^r Cololian, interne des asiles de la Seine. 111 pages in-8°. Thèse de Paris, 1898.

— La maison de santé d'Esquirol; par le D^r P. Dheur, médecin-adjoint de l'établissement. 1 vol. in-8° de 125 pages. Paris, Asselin et Houzeau, s. d.

— Physiologie cérébrale. Le subconscient chez les artistes, les savants et les écrivains; par le D^r Paul Chabaneix, médecin de la marine. Préface du D^r E. Régis. 125 pages in-8°. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1897.

— Une campagne contre les habitudes alcooliques dans un asile d'aliénés; par le D^r L. Déricq. 15 pages in-8°. Cahors, imprimerie A. Coueslant, 1897.

— La bicyclette, ses effets psycho-physiologiques; par le D^r Eugène Guillemet, médecin de la marine. Lettre-préface du professeur Morache. 113 pages in-8°. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1897.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts du 25 janvier 1898 : MM. les D^{rs} ANTHEAUME, chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris, et J. DAGONET, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, sont nommés officiers d'académie.

NÉCROLOGIE

D^r E. MESNET. — Nous avons le vif et profond regret d'annoncer la mort de notre savant collègue, le D^r Urbain-Ernest Mesnet, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire, de l'Hôtel-Dieu, décédé le 13 janvier 1898, dans sa soixante-treizième année.

Pour raconter la vie et apprécier l'œuvre de cet excellent maître, nous ne saurions mieux faire que de reproduire les deux excellents discours, prononcés sur sa tombe par MM. Motet et Paul Garnier ; ils sont l'hommage le meilleur rendu au savoir, au caractère, au mérite du médecin distingué, du savant éminent que fut Mesnet ; ils font revivre l'homme aimable que n'oubliera aucun de ceux qui l'ont approché et ont pu apprécier la sûreté de son jugement et le charme de ses relations.

Discours de M. le D^r MOTET, au nom de l'Académie de médecine.

Au nom de l'Académie de médecine, j'ai l'honneur d'apporter ici l'expression des profonds regrets que lui cause la perte de l'un de ses membres les plus distingués.

Cruellement atteinte depuis quelque temps, l'Académie ressent, pour chaque coup qui la frappe, une tristesse plus amère. Elle compte ses chers disparus, et dans un sentiment de respectueuse sympathie, au bord de chaque tombe, elle vient dire à la famille en deuil la part qu'elle prend à sa douleur.

Elle se souvient qu'elle aussi est une famille, et qu'elle a perdu l'un des siens.

Pourquoi m'a-t-elle choisi aujourd'hui pour remplir un pieux devoir ? — C'est qu'elle savait que Mesnet et moi nous avons vécu l'un près de l'autre pendant près de trente années : elle a pensé que cette longue collaboration, cette communauté de vie, cet échange journalier de nos idées, de nos sentiments, avait

serré entre nous un lien que la mort a pu briser, dont le souvenir ressoudera la chaîne.

Elle ne s'est pas trompée. Nul ne pouvait, avec plus d'émotion, ou le connaissant mieux, rappeler ce que fut le D^r Mesnet.

Né à Saumur, le 26 mars 1825, il commença ses études médicales à l'École d'Angers. En 1844, il était l'un de ses lauréats, et dès son arrivée à Paris, déjà sérieusement préparé, il concourait pour l'Externat; en 1847, il était interne des hôpitaux; et, dans sa dernière année, à l'École de Briquet, lui venait le goût des études spéciales sur les troubles du système nerveux. C'est dans le service de ce maître qu'il réunit les matériaux de sa thèse inaugurale sur les Paralysies hystériques. A ce moment (1852), s'ouvrait à peine la voie si brillamment parcourue depuis. Ce fut un mérite de montrer l'importance symptomatique des troubles de la sensibilité générale dans la grande névrose dont l'état convulsif cessait d'être l'expression clinique la plus importante.

Rappelé par sa famille, Mesnet quitta Paris tristement pour aller s'installer à Saumur. Il n'y resta pas longtemps. Sollicité par les souvenirs de son internat, de ses maîtres qui lui avaient témoigné, qui lui gardaient la plus sincère, la plus vive affection, il fut heureux de revenir et de rencontrer, dans la famille du D^r Arehambault, ancien médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, la femme dévouée qui a charmé sa vie, partagé ses joies et ses douleurs, et qui, depuis deux ans, a prolongé par ses soins, par sa sollicitude sans cesse en éveil, jamais lassée, une existence qu'elle sentait chaque jour plus près de lui échapper.

Par le hasard des circonstances, Mesnet, tout jeune, il avait vingt-huit ans, fut amené à vivre auprès des aliénés, à les bien connaître, sous la direction et l'enseignement de son beau-père. N'ayant pas à se préoccuper des soucis de la clientèle, il travailla beaucoup, et il eut l'ambition haute de devenir médecin des hôpitaux. Il fut, en 1859, nommé au concours, et quelques années après, il avait un service à l'hôpital Saint-Antoine où il a passé de longues années : il ne l'a quitté que pour venir à l'Hôtel-Dieu. C'est là qu'il a terminé sa carrière de médecin des hôpitaux.

Pendant cette période de sa vie, il a été surtout retenu par la pathologie du système nerveux. Vous n'avez pas oublié, messieurs, l'observation si intéressante de folie rhumatismale qu'il publia dans les *Archives générales de médecine*, en 1856; — son étude sur le somnambulisme pathologique, en 1860; — un mémoire sur la physiologie pathologique du cerveau et les mouvements circulaires, d'autres sur l'automatisme de la mémoire et du souvenir, sur le délire aigu hydrophobique; sa

monographie si ourieuse sur le sauvage du Var; enfin, toute une série d'observations du plus haut intérêt scientifique concernant des malades atteints des troubles nerveux les plus étendus, les plus complexes, chez lesquels les phénomènes de l'hypnose ont été étudiés avec le soin le plus scrupuleux.

Esprit calme, observateur de grand sang-froid, Mesnet s'est occupé, avec une prédilection marquée, du somnambulisme provoqué. Il a eu, dans son service, des malades qu'il a soumis à la plus sévère analyse, et il a su se défendre contre toute exagération. Nous lui devons cette justice, de dire qu'il n'a rien avancé dont il n'ait été sûr, et qu'il a bien souvent gardé pour lui et pour quelques privilégiés le résultat d'expériences qui ne le satisfaisaient pas complètement encore.

Mais, il ne fut pas seulement le médecin des maladies nerveuses. Il donna largement sa mesure dans les épidémies de choléra de 1849, de 1866, de 1868, et l'Institut récompensa le mémoire qui lui fut présenté par Mesnet, dans lequel les complications délirantes survenant au moment de la réaction chez des individus antérieurement en puissance d'intoxication alcoolique, étaient rapprochées avec un sens clinique des plus fins, des accidents du même genre qui s'observent dans les traumatismes, dans les grandes pyrexies. La même année, il recevait la croix de la Légion d'honneur.

De toutes les distinctions dont il avait été l'objet, celle qui, par-dessus toutes, avait été le plus ambitionnée par lui, celle dont il était le plus fier, c'était d'avoir été jugé digne d'appartenir à votre savante Compagnie. J'ai été le confident de ses aspirations élevées, j'ai été le témoin de sa joie sans égale, le jour où il fut des vôtres. C'était le couronnement de sa carrière, c'était la réalisation de ses plus chères espérances; au prix qu'il y attachait vous pouvez juger, messieurs, de la valeur de votre choix, et du mérite de celui qui l'avait fixé.

Hélas! Mesnet ne devait pas jouir longtemps de la vie qu'il s'était préparée. Un coup terrible le frappa; il perdit en quelques jours son fils en pleine jeunesse. Terrassé par sa douleur, il dut aux chères affections dont il était entouré de pouvoir se relever, mais le mal auquel il devait succomber a bien pu s'installer à cette heure d'affliction. Il sembla cependant se reprendre à la vie le jour où entra dans sa famille un second fils qui lui apportait, avec l'élévation des sentiments et la dignité du caractère, toutes les satisfactions que son orgueil paternel pouvait souhaiter. Mais la maladie marchait dans l'ombre; il y a maintenant deux ans passés que l'épreuve a commencé pour lui; elle a été courageusement supportée, et Mesnet nous a donné le spectacle du médecin sachant que le mal dont il souffre est de ceux qui ne pardonnent pas, assistant jour par jour, aux pro-

grès que nul ne pouvait juger mieux que lui. Réconforté par l'admirable dévouement de M^{me} Mesnet, de ses enfants, de fidèles amis, il a accepté, simplement, avec une résignation stoïque, une vie de souffrances, donnant l'exemple de ce courage plein de noblesse et de grandeur, où l'homme se sachant vaincu, attend patiemment, non pas pour soi, mais pour se garder encore à ceux qui l'aiment, l'heure où la mort posera sur lui ses griffes aiguës. Elle avait si bien préparé son œuvre à l'avance, qu'elle put enfin se montrer clémente pour lui. Il ne la vit pas venir, et doucement, comme l'homme lassé par des journées trop rudes, il s'endormit de son dernier sommeil.

Messieurs, en votre nom, je dis adieu à notre cher collègue dont je fus si longtemps l'ami, et je veux mettre dans cet adieu tout ce qui est dans vos cœurs, tout ce qui est dans le mien. Que l'expression de nos profonds, de nos sincères regrets monte jusqu'à lui : qu'elle apporte à celle qui fut son soutien, à ses enfants bien-aimés, la seule consolation qui soit digne d'eux : nous leur disons que Mesnet emporte dans sa tombe l'affection et l'estime de tous ceux qui l'ont connu.

Discours de M. le Dr PAUL GARNIER, au nom de la Société médico-psychologique.

Au nom de la Société médico-psychologique douloureusement atteinte par la disparition de l'un de ses membres les plus éminents, je viens saluer l'homme de bien et le psychopathologiste remarquable que fut Mesnet.

Des voix autorisées ont déjà mis en lumière les mérites et la rare distinction d'esprit du médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'académicien.

Mais, à coup sûr, ce qui a marqué d'un trait vraiment original la physionomie de celui dont nous honorons aujourd'hui la mémoire, c'est le rare talent mis au service de la science des maladies nerveuses et mentales. On peut dire que Mesnet s'y est spécialisé, et c'est par ses recherches sur les névroses, par ses publications sur les curieuses manifestations du somnambulisme spontané et provoqué qu'il a acquis cette grande notoriété qui le plaçait au premier rang des neuropathologistes et des psychologues de notre époque.

Briquet, dont il fut l'interne, lui donna son orientation scientifique. Aux enseignements de ce maître, qui fit tout pour délimiter les formes, jusque-là si confuses, de l'hystérie et réhabiliter la grande névrose, il prit goût à l'étude des affections nerveuses, et sa première publication importante est un travail sur *les troubles de la sensibilité dans l'hystérie*.

Dès ce moment, sa voie est tracée et on peut dire qu'il ne

s'en est jamais laissé détourner, attestant par le choix de ses recherches, par la patience avec laquelle il analyse les troubles de la sphère nerveuse et morale, sa prédilection constante pour une étude d'ailleurs si profondément attachante. Mesnet n'a jamais été l'homme des travaux hâtifs et incomplets. Il était de ceux qui pensent qu'une observation bien nette et bien précise, où rien n'est laissé dans l'ombre, fait plus pour l'avancement de la science qu'une multitude de faits insuffisamment examinés.

Par le soin, en quelque sorte artistique, qu'il apportait à bien mettre en relief les symptômes curieux et rares que les hasards de la clinique lui livraient, il rappelle ces grands ciseleurs de la Renaissance, des mains desquels une œuvre ne sortait qu'après avoir été fouillée en tous sens, qu'après avoir été très longuement et amoureusement travaillée. Aussi, avec quel puissant intérêt on lit les mémoires qu'il a laissés. Quoi de plus attachant que sa description du *Sauvage du Var*, cet étrange dégénéré, en *rupture d'humanité*, si je puis ainsi dire, par le fait de son insociabilité délirante.

Mesnet aura été l'un des meilleurs historiens des névroses dites *extraordinaires*, névroses aussi vieilles que le monde, mais interprétées, pendant une longue suite de siècles, en raison même de la singularité de leur expression symptomatique, comme la mise en œuvre d'influences venues tantôt de la divinité, tantôt du démon. La pauvre créature humaine en ses affres, en ses convulsions lamentables, n'était que le champ de bataille où ces deux puissances se mesuraient.

Il a fallu le flambeau de l'observateur moderne pour éclairer, enfin, ce prétendu domaine du surnaturel et du merveilleux et restituer à la pathogénie son véritable rôle.

Notre regretté collègue ne fut pas intimidé par cette sorte de diseredit, le plus souvent injuste, venant parfois atteindre ceux qui s'attachent à l'étude de la suggestion hypnotique.

Assurément, la voie est périlleuse et il faut prendre garde au décevant mirage. Mais le savant médecin de l'Hôtel-Dieu, tout en se montrant épris de la recherche des phénomènes curieux et troublants, possédait cette rectitude de jugement qui montre où est l'écueil et fait que l'on s'en gare.

Dans son service d'hôpital où tant de fois j'eus l'occasion de poursuivre avec lui, auprès du lit de ces malades si curieux dont ses salles abondaient, par l'effet d'une sélection rare, des expériences nombreuses et variées, j'ai toujours admiré le complet sang-froid qu'il apportait dans l'interprétation des faits cliniques, le soin avec lequel il les contrôlait, son souci constant de ne se décider à une conclusion qu'après une démonstration vraiment parachevée.

C'est de cette observation si patiente, si fine, si sagace, que sont sorties les études remarquables sur : 1° le *somnambulisme spontané* avec tentatives de suicide (*Arch. gén. de méd.*, 1860), où est mise parfaitement en évidence la transformation du moi et son dédoublement en deux personnalités, l'une consciente, l'autre inconsciente, poursuivant en l'ignorance de la première une activité aveugle qui ne laissera aucune trace dans le souvenir.

2° *Sur l'automatisme dans le somnambulisme pathologique consécutif à une fracture du crâne* (*Arch. gén. de méd.* 1874).

Mesnet aimait à mettre en parallèle, pour en montrer, à la fois, les analogies et les dissemblances, les deux somnambulismes.

Dans celui qui est provoqué, comme dans celui qui est spontané, les malades obéissent à une impulsion dominatrice et aveugle qui les rend inconscients, les prive de leur liberté et de leur responsabilité alors même qu'ils déploient une activité mentale et physique coordonnée. Ce qui leur est commun également c'est une amnésie complète, avec faculté d'une curieuse reviviscence de la mémoire qui jette comme un pont entre deux périodes de cérébration inconsciente séparées par un intervalle plus ou moins long de condition normale.

Placé pendant de longues années, à la tête d'un important établissement où le secondait si efficacement la collaboration éminente de M. Motet, notre regretté collègue était bien à même d'apprécier le fort et le faible du projet de revision de la loi du 30 juin 1838, sur le régime des aliénés. Sa communication à l'Académie de médecine, à l'époque où la savante Compagnie fut consultée par le gouvernement, est parmi les plus remarquables et les plus judicieuses auxquelles la discussion de ce projet ait donné lieu.

Il y a une douzaine d'années, la Société médico-psychologique l'appela au fauteuil de la présidence, Mesnet ne se crut pas en état de pouvoir accepter ces fonctions en raison de son état de santé. Cette résolution, sur laquelle il fut impossible de le faire revenir, nous causa une réelle déception.

Qu'il me soit permis de dire que s'il n'eut pas, pour cette raison, la présidence effective, il l'eut, en réalité, par le prestige de son nom, et nous saluons en lui un des maîtres incontestés de la médecine mentale.

Tel fut le savant.

L'homme que je connus toujours si parfaitement bon n'a pas moins de droits à notre profonde estime et à nos regrets. C'était un caractère et, de nos jours, l'éloge n'est pas banal.

En lui disant, ici, le suprême adieu, interprète fidèle de mes collègues, j'adresse à sa famille dont, par notre propre cha-

grin, nous sommes à même de pressentir la douleur, l'hommage de nos plus respectueuses sympathies. Nous pouvons lui assurer que Mesnet ne meurt pas tout entier.

Le sillon qu'il a tracé est assez profond pour que le temps, dans son incessant remous, ne l'efface pas. Votre mémoire, cher maître, est à l'abri de l'oubli.

VISITE DU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE A L'ASILE
SAINT-ANNE.

Le Président de la République, continuant ses visites aux établissements charitables ou hospitaliers de Paris, s'est rendu le mercredi matin 26 janvier à l'asile clinique de Sainte-Anne, rue Cabanis.

Le Président est arrivé, en landau découvert, par le boulevard Raspail et la place Denfert-Rochereau. Il était accompagné par MM. Barthou, ministre de l'intérieur, le général Hagron, secrétaire général de la présidence et Ladmiraalt, chef du secrétariat particulier de M. Barthou.

La rue Ferrus, qui conduit à la porte principale de l'asile, avait été barrée, et un service d'ordre organisé aux abords de cette porte. Le bruit de la visite du président ne s'était pas répandu dans le quartier, et il n'y avait, au moment de l'arrivée de celui-ci, presque pas de curieux. Les quelques personnes présentes se sont découvertes respectueusement au passage du chef de l'État, mais aucun cri n'a été poussé.

Le Président de la République et le ministre de l'intérieur ont été reçus, dans le vestibule du bureau d'admission, par MM. de Selves, préfet de la Seine ; Dubois, président du Conseil général ; Laurent, secrétaire général de la préfecture de police, et Ranson, conseiller municipal du 14^e arrondissement.

M. de Selves a présenté alors au président le personnel supérieur de l'asile : MM. Taule, directeur, et Gillet, économe, les D^{rs} Pozzi, chirurgien en chef de l'asile, sénateur de la Dordogne, Dubuisson, médecin en chef de la division des hommes, Bouchereau, médecin en chef de la division des femmes, Magnan, médecin en chef du bureau d'admission, Quesneville, pharmacien en chef. Étaient également présents : MM. Joffroy, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine, Barbier, président du conseil de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine, premier président honoraire à la Cour de cassation ; Prestat, membre du conseil de surveillance ; Maucouble, administrateur provisoire des biens des aliénés de la Seine ; Pelletier, chef du service des aliénés à la préfecture de la Seine, ainsi que les directeurs et les médecins des asiles suburbains de Ville-Evrard, Villejuif et Vancluse.

Immédiatement après les présentations, la visite a commencé; elle a été longue et minutieuse.

Le cortège a visité successivement le pavillon Ferrus, le pavillon Leuret, puis, à l'asile proprement dit, l'infirmerie, le deuxième et le quatrième quartier des femmes; dans l'atelier des malades travailleuses, le président a été reçu par les pauvres habitantes de ces lieux aux cris de « Vive la République française! » Dans l'infirmerie, le Président s'est approché des lits de quelques malades et, selon son habitude, a adressé à celles-ci quelques questions et des paroles d'encouragement.

Le cortège a pénétré ensuite dans la vaste cuisine; elle est installée dans un original pavillon, entouré d'un fossé, et dans lequel on accède par une sorte de pont-levis. Les cuivres reluisaient et, dans d'énormes plats, les quartiers de veau rôti avaient la meilleure apparence du monde. On a présenté au président le menu du jour : « Veau, lentilles, salade ».

Après la visite du premier quartier et de l'infirmerie des hommes, le cortège s'est rendu dans la salle des cours du bureau d'admission.

Dans cette salle, décorée de drapeaux tricolores et de plantes vertes, étaient groupés les infirmiers et les infirmières de l'asile. M. Dubois, président du Conseil général, a présenté successivement les uns et les autres à M. Félix Faure, qu'il remercie de sa visite.

Le Président a pris alors la parole, et, dans une allocution familière, il a félicité le personnel supérieur et les agents secondaires de l'asile de leur dévouement. « Votre service, a-t-il dit, est particulièrement difficile et délicat; la manière dont vous vous en acquittez est digne de tous les éloges. »

En terminant, le président distribue les récompenses suivantes : les palmes d'officier d'Académie aux D^{rs} Dagonet, médecin adjoint de Sainte-Anne, Antheaume, chef de clinique de la Faculté, attaché au service du professeur Joffroy; des médailles d'honneur à M^{llo} Obry, sous-surveillante à Sainte-Anne, M^{lme} Bonnefoy, surveillante à Ville-Evrard, M. Gaudemar, surveillant à Villejuif.

A son départ, le Président, qui a laissé la somme de 500 francs pour le personnel de l'asile, est acclamé par les personnes présentes. La visite a duré près de deux heures.

CONCOURS PUBLIC POUR LA NOMINATION A LA PLACE DE
MÉDECIN-ADJOINT DU SERVICE DES ALIÉNÉS A L'HOSPICE
DE BICÊTRE.

Ce concours sera ouvert le jeudi 5 mai 1898, à midi; à l'amphithéâtre de l'Administration centrale de l'Assistance pu-

blique, avenue Victoria, n° 3. MM. les Docteurs qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de midi à trois heures. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le vendredi 1^{er} avril, et sera clos définitivement le lundi 18 du même mois, à trois heures.

Conditions et programme du concours. — Les candidats qui se présentent aux concours ouverts pour les places de médecin-adjoint des quartiers d'aliénés dans les Hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, doivent justifier de la qualité de Français et être âgés de vingt-huit ans au moins. Ils doivent justifier en outre de cinq années de doctorat. Pour les candidats ayant été internes en médecine dans les Hôpitaux et Hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, les années d'internat seront comptées comme années de doctorat.

Les candidats doivent se présenter au secrétariat général de l'Administration pour obtenir leur inscription en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre chargée. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée pour la clôture du registre ne peut être accueillie. Le Jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close. Chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'Administration pour connaître la composition du Jury. Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit et cachetée, qu'ils remettent au Directeur de l'Administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le Jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du Jury, ou entre les membres du Jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'Administration.

Le Jury du concours pour les places de médecin-adjoint du service des Aliénés dans les Hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière se compose de sept membres, savoir : trois membres tirés au sort parmi les médecins aliénistes, chefs de service des Hôpitaux et Hospices, en exercice ou honoraires ; — un membre tiré au sort parmi les médecins chefs de services des asiles d'aliénés du département de la Seine, en exercice ou honoraires, et le médecin du bureau d'admission de Sainte-Anne ; — et trois membres tirés au sort parmi les médecins chefs de service des Hôpitaux, en exercice ou honoraires. — Les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés de la Seine, en exercice, et le médecin du bureau d'admission de Sainte-Anne, ne peuvent être portés sur la liste des membres parmi lesquels doit être tiré le Jury, qu'après cinq années

d'exercice. Le tirage au sort a lieu dans les formes usitées pour les concours des hôpitaux, en présence de deux membres du Conseil de surveillance de l'Administration de l'Assistance publique et de deux membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les épreuves du concours pour les places de médecin-adjoint du service des aliénés dans les Hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sont réglées de la manière suivante : 1° Une épreuve écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux pour laquelle il sera accordé trois heures ; — 2° une épreuve clinique commune sur un malade. — Il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade et vingt minutes pour développer oralement son opinion devant le Jury, après cinq minutes de réflexion ; — 3° une épreuve clinique sur les maladies mentales : un seul malade. — Il sera accordé vingt minutes pour l'examen du malade et vingt minutes pour la dissertation, après cinq minutes de réflexion ; — 4° une épreuve écrite comprenant une consultation après l'examen d'un aliéné, et un rapport sur un cas d'aliénation mentale. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de chacun des malades, et une heure et demie pour la rédaction du rapport et de la consultation. La lecture de cette consultation et du rapport sera faite au début de la séance suivante ; — 5° une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. — Le candidat aura quinze minutes pour l'examen de chacun des deux malades, et trente minutes pour la dissertation orale, après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour la première épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve clinique commune, 20 points ; pour l'épreuve clinique sur les maladies mentales, à un seul malade, 20 points ; pour la deuxième épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve clinique sur deux malades, 30 points.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

12. *Un drame à Bellevue.* — M^{me} Hosbiller a tué, hier, d'un coup de revolver, son mari, ancien employé supérieur des magasins du Bon-Marché. Ils habitaient à Bellevue, rue Neuve-du-Potager, 26.

C'est après le repas de midi, et pendant que son mari reposait dans un fauteuil, que M^{me} Hosbiller a exécuté son projet. Il n'y avait à ce moment personne dans la salle à manger. La balle a pénétré dans le cou, à côté de l'artère carotide gauche. Elle a dû atteindre le bulbe rachidien et la mort a été instantanée.

M^{me} Hosbiller est montée ensuite dans sa chambre.

Ce n'est qu'au bout de quelques instants qu'elle a appelé sa bonne et lui a dit : « Je viens de tuer mon mari. Je ne le regrette pas. Avertissez mademoiselle. »

La bonne, qui n'avait rien entendu, accourut, affolée, prévenir la fille cadette de M. Hosbiller.

Pendant que celle-ci se précipitait chez un médecin, M^{me} Hosbiller a tourné contre elle le revolver et s'est logée deux balles au-dessous du sein gauche.

On a cru un instant son état désespéré.

M. Caron, commissaire de police de Meudon, a fait les constatations d'usage et M. Matter, substitut du procureur de la République de Versailles, s'est rendu, dès hier après-midi, à Bellevue.

La blessée et le cadavre de son mari ont été laissés rue Neuve-du-Potager.

Cet après-midi, à deux heures, a eu lieu l'autopsie du corps de M. Hosbiller. A six heures, le chirurgien Campenon doit essayer d'extraire les deux balles qui se sont logées dans le corps de M^{me} Hosbiller.

Quant aux causes du drame, on en est réduit encore aux conjectures.

Il paraîtrait, d'après ce que racontent des personnes bien informées, que les circonstances dans lesquelles M. Hosbiller avait épousé sa femme, avaient laissé, entre les deux époux, des germes de discordes et que des scènes regrettables s'étaient souvent renouvelées dans leur intérieur.

On ajoute que M. Hosbiller avait l'intention d'abandonner son ménage pour aller vivre avec une amie qu'il avait dans le département de la Manche.

Il aurait vendu récemment, à cette intention, un seizième de part du Bon-Marché. Cette nouvelle, dit-on, aurait exaspéré M^{me} Hosbiller qui, de plus, était atteinte en une certaine mesure de la monomanie de la persécution. (*Le Temps*, numéro du mercredi 5 janvier 1898.)

13. *Un suicide.* — Un journal du matin raconte qu'une petite-nièce du maréchal Ney, qui occupait un appartement, composé de six pièces, d'un loyer annuel de 2,000 francs, rue Pradier, dans le quartier des Carrières-d'Amérique, et qui serait très répandue dans la haute société parisienne, venait de se suicider. La vérité est qu'une dame Ney s'est suicidée, dimanche dernier. Mais elle n'a rien de commun que le nom avec la descendance du maréchal. Le loyer de son appartement, des plus modestes, est d'environ 500 francs, et elle n'entretient point de relations avec la haute société parisienne.

Cette dame vivait depuis de longues années avec un voya-

geur de commerce dont elle avait eu un petit garçon. Son ami avait, en outre, reconnu une autre enfant de M^{me} Ney, âgée aujourd'hui de seize ans.

M^{me} Ney, il y a trois ans, fut atteinte d'une maladie grave. Soignée à l'hôpital Tenon, elle en sortit guérie contre tout espoir, mais il lui resta une sensibilité excessive et des troubles cérébraux.

Dimanche dernier, après un déjeuner de famille auquel assistait une parente, M^{me} Ney ne voulut pas sortir, prétextant une soudaine migraine. Elle mit à profit l'absence des siens pour calfeutrer sa chambre et allumer un réchaud. Quand, trois heures plus tard, les promeneurs rentrèrent, la pauvre femme avait cessé de vivre; le réchaud achevait de se consumer. (*Le Temps*, numéro du mercredi 12 janvier 1898.)

14. *Drame dans un évêché.* — Un sieur Puy, propriétaire à Baixas, se présentait hier à l'évêché de Perpignan, demandant à parler à l'évêque pour se plaindre de prétendues injustices. Le concierge Vergès, âgé de soixante-quatre ans, ayant voulu lui intercepter le passage, il le repoussa et commença à gravir l'escalier, et, comme Vergès faisait une nouvelle tentative de résistance, il sortit un revolver et lui envoya deux balles dans la tête.

Le secrétaire de l'évêché, l'abbé Rabaud, apparut tout à coup, attiré par les détonations, et fut également blessé de deux balles à la main et à l'épaule. Après quoi le meurtrier prit la fuite. Le bruit d'une averse avait empêché les habitants de l'évêché d'entendre les détonations.

L'état du concierge est désespéré. Les blessures du chanoine sont légères.

Le meurtrier, cerné pendant la nuit dans son domicile, a pu s'enfuir par les toits et n'a pas encore été retrouvé.

Puy voulait se plaindre à l'évêque d'un prêtre qui, après lui avoir fait épouser une jeune fille qui se destinait à la vie religieuse, s'opposerait à la solution d'une instance en divorce introduite depuis deux ans. (*Le Temps*, numéro du dimanche 16 janvier 1898.)

Le meurtrier a été arrêté le lendemain. Puy est un homme de trente-cinq ans environ, de fortune aisée, d'un mysticisme outré, dont la raison, déjà fort chancelante, a été vivement ébranlée à la suite d'une instance en divorce intentée par sa femme.

Il croit entendre des voix, attribuée à un ecclésiastique ses malheurs et ses persécutions. De là, sa visite malencontreuse à l'évêché.

Sous ce titre : « A propos du crime de l'Evêché », le *Petit Temps* publiait quelques jours après les renseignements suivants

envoyés par son correspondant de Perpignan et qui méritent à tous égards d'être reproduits :

« Un fait inouï se rattachant au double crime commis récemment à l'évêché se passe à Baixas, gros bourg des environs de Perpignan ; c'est à Baixas qu'habitait Charles Puy, le furieux qui tua à coups de revolver le concierge de l'évêché et blessa grièvement le chanoine Rabaud.

« Un brave ouvrier, maréchal-ferrant, originaire des Landes, nommé Laurent Bazeilles, apercevant Puy qui sortait de chez lui armé d'un revolver chargé et voyant que, parmi les 300 curieux massés devant son domicile, personne ne se détachait pour l'arrêter, suivit le meurtrier et, à la sortie du village, bondit sur lui, le terrassa, le désarma et le remit aux gendarmes.

« Au lieu de féliciter Bazeilles d'avoir arrêté ce fou dangereux, cette bête furieuse qui pouvait encore tuer d'autres personnes, la population de Baixas est exaspérée contre Bazeilles, estimant qu'il fallait laisser celui-ci se venger des injustices dont il prétendait être victime et tuer tous ses prétendus persécuteurs.

« Bazeilles est, à tout instant, injurié, on lui refuse partout du travail, à tel point que ce brave ouvrier écrit aux journaux qu'il se voit obligé de quitter Baixas pour ne pas mourir de faim.

« Ajoutons que le meurtrier Puy a été déclaré par les médecins légistes un fou inconscient et des plus dangereux, et qu'on va l'interner dans l'asile d'aliénés de Limoux. »

15. *L'assassin du comédien William Terriss*. — Le jury criminel siégeant à Old Bailey a acquitté l'acteur Richard Archer Prince, qui tua d'un coup de poignard le jeune comédien William Terriss, au moment où il se rendait au théâtre Adelphi pour jouer son rôle dans le *Secret service*. Les rapports des médecins entendus pour l'accusation et pour la défense attestaient la folie de l'accusé. Archer sera séquestré dans l'asile d'aliénés qui dépend de la prison d'Holloway.

Les débats établissent que ce malheureux, persuadé de son génie et incapable de trouver un engagement avantageux, ne voyait dans les comédiens arrivés que des ennemis acharnés à lui fermer la carrière et jaloux de son mérite. (Le *Temps*, numéro du dimanche 16 janvier 1898.)

16. *La vengeance d'un aliéné*. — On écrit de Draguignan au *Petit Temps* (numéro du mardi 18 janvier 1898) :

M. D..., commissaire de police à Draguignan, a eu la malchance de se trouver sur la route de l'aliéné Isaac Finat, dit François Rolland, un jour où celui-ci était moins endurant que de coutume.

Finat est atteint d'une folie d'un genre spécial qui le porte

à se faire passer pour l'auteur de certains crimes à sensation.

En 1894, un crime était commis à la Corniche, à Marseille, sur la personne d'une femme que les comptes rendus des feuilles locales représentèrent comme étant « merveilleusement belle », et dont on retrouva le cadavre tout ensanglanté gisant sur un rocher au pied de la Corniche.

L'affaire était déjà classée quand, un beau jour, un individu vint déclarer au commissariat central de Marseille qu'il était l'auteur de ce crime qui avait passionné l'opinion.

L'instruction fut rouverte et le chef de la sûreté de Marseille, escorté par les gendarmes, se transporta sur tous les points de la côte d'Azur où il plut à l'accusé de le conduire pour y recueillir toutes les informations relatives à cette affaire. Ce furent quelques semaines d'agréable villégiature, après lesquelles l'accusé révéla aux magistrats stupéfaits qu'il n'était pour rien dans le crime et demanda qu'on lui rendit la liberté. Tel ne fut pas l'avis du parquet qui remit notre homme entre les mains des aliénistes. Ceux-ci s'accordèrent à reconnaître son irresponsabilité et l'envoyèrent méditer, dans un cabanon de l'asile Saint-Pierre, sur les inconvénients d'un trop vif désir de popularité.

Mais, peu de temps après, Finat parvint à s'échapper et se rendit à Draguignan où, à la suite d'une nouvelle excentricité, il fut conduit au poste et interrogé par le commissaire de police. « Je m'appelle Rolland et je suis capitaine d'artillerie de marine. Je suis las de la vie errante que je mène depuis quelque temps et je viens vous faire un aveu qui vous causera quelque surprise : je suis l'auteur du crime de la Corniche. » Et il se mit à raconter l'affaire avec un luxe de détails qui nécessita plusieurs pages de rapport. Le commissaire s'empressa de faire part à Marseille de l'importante arrestation qu'il venait d'opérer. On lui répondit, en le priant de s'assurer s'il ne s'agissait pas de l'aliéné Finat, évadé de l'asile Saint-Pierre, dont on lui adressait en même temps la photographie.

La déception du commissaire fut grande quand il reconnut l'aliéné et, fort mécontent, il vint trouver Finat dans sa cellule et lui signifia qu'il allait le faire reconduire à Marseille. M. D... n'avait pas plutôt dit ces mots qu'il recevait dans la figure un coup de poing qui l'envoyait rouler à terre ; les agents s'emparèrent de l'aliéné qui hurlait des menaces de mort et qui jura de se venger.

On pense si le commissaire fut rassuré quand il apprit, ces jours derniers, que Finat, qui s'était échappé pour la deuxième fois de l'asile, était de retour à Draguignan. Heureusement les agents, qui l'avaient reconnu, avaient pu l'arrêter au moment

où il entraît au poste de police et l'avaient fait enfermer à l'hôpital, d'où il sera reconduit inécessamment à Marseille.

Finat se serait enfui de l'asile Saint-Pierre avec Clarenson, l'auteur de l'attentat commis l'été dernier au bois de Boulogne contre le président de la République. Clarenson n'a pas encore été retrouvé.

17. *Un fou cambrioleur.* — En rentrant hier chez lui, avenue d'Orléans, M. Jules H... trouvait la porte de son appartement fracturée. Il appela le concierge, et tous deux pénétrèrent à l'intérieur. Dans son lit, M. H... aperçut soudain — non sans étonnement, — un individu qui se mit à crier : « Au voleur ! » On s'empara du singulier personnage, qu'on conduisit au commissariat de police du quartier où il se livra à des excentricités telles que le doute ne fut plus permis : le malheureux était fou.

Le pauvre dément se nommait Jules Duverdon, âgé de quarante et un ans, demeurant à Clichy. (*L'Aurore*, numéro de mercredi 19 janvier 1898.)

18. *La folie du manifestant.* — Louis Gonnet, garçon boucher, s'était fait remarquer depuis une quinzaine de jours par l'exaltation de ses paroles ; il ne parlait plus, du matin au soir, que de l'affaire Dreyfus et, s'étant déclaré, dès l'apparition des lettres de M. Emile Zola, nettement contre ce dernier, il avait pris part, depuis, à toutes les manifestations de la rue. On le voyait toujours au premier rang, conspuant avec une véritable furie M. Zola et acclamant l'armée. Chaque jour, il entraît dans des colères bleues. « Il en deviendra fou ! » disaient ses voisins de la rue Grégoire-de-Tours.

Ils ne savaient pas si bien dire.

Ce matin, vers quatre heures, le pauvre Gonnet se précipitait hors de sa chambre, fou furieux. Il brandissait une chaise au-dessus de sa tête et criait, en véritable forceur : « Mort aux traîtres ! Vive l'armée ! » Comme il n'était vêtu que d'une simple chemise, les voisins, attirés par ces cris, virent immédiatement de quoi il s'agissait. D'abord, ils persuadèrent au malheureux boucher de s'habiller, afin d'aller manifester dans la rue ; puis, ils lui proposèrent d'aller, avec eux, acclamer l'armée en la personne des agents de police du poste de la rue des Grands-Augustins.

Gonnet accepta avec enthousiasme et se rendit docilement dans le bureau de M. Volet, commissaire de police du quartier de la Monnaie, qui l'envoya manifester... à l'infirmerie spéciale du dépôt. (*Le Temps*, numéro du dimanche 23 janvier 1898.)

19. *Tentative d'homicide et de suicide.* — On télégraphie de Dijon au *Temps* (numéro du mercredi 26 janvier 1898) :

A Chenove, près Dijon, un ancien domestique de M^{me} veuve

Jolibois-Jeantet, le nommé Jean Borne, âgé de trente ans, se rendit au domicile de son ancienne patronne et lui réclama 14 francs dus, disait-il, pour certains travaux.

M^{me} Jolibois soutenant qu'elle ne devait rien, Borne qui était armé d'un revolver de gros calibre lui tira trois balles dans la tête, puis, passant dans une autre pièce, il se tira une balle dans la tête.

M^{me} Jolibois n'était qu'évanouie. Un médecin appelé a pu extraire deux balles et est certain d'extraire la troisième.

Quant au domestique, il a été transporté à l'hôpital de Dijon dans un état désespéré.

Borne avait été interné dans un asile d'aliénés.

20. *Octogénaire incendiaire*. — Samedi dernier, un incendie a détruit deux maisons inhabitées de la commune de Séchillienne (Isère). La rumeur publique accusait un vieillard de quatre-vingt-quatre ans d'être l'auteur de ce sinistre. Cet individu, nommé Mistral, sur le point d'être arrêté, s'est noyé dans la Romanche.

Mistral ne jouissait pas de ces facultés mentales. (*Le Temps*, numéro du samedi 29 janvier 1898.)

21. *Un dangereux monomane*. — Une jeune fille, M^{lle} Marie M..., employée de commerce, rentrait hier, vers dix heures du soir, chez ses parents, lorsqu'elle fut assaillie, non loin de sa demeure, par un individu qui la frappa d'un coup de couteau à la jambe droite et prit la fuite.

Une demi-heure plus tard, une autre jeune fille, M^{lle} Céline E..., était l'objet de la même agression, à l'angle de l'avenue des Ternes et de la rue Labie. Le coup de couteau qui lui a été porté également à la jambe droite était si violent qu'elle a dû être transportée à l'hôpital Beaujon.

L'agresseur, d'après le signalement donné par les deux blessées, est un homme de petite taille, brun, vêtu d'habits de couleur marron. (*Le Temps*, numéro du mardi 8 février 1898.)

22. *Drame de la folie*. — On télégraphie de Morez (Jura) au *Petit Journal* (numéro du mardi 8 février 1898) :

Un crime atroce a été commis aux Chalettes, petit hameau de la commune de Morez. Une femme a assassiné son mari dans des circonstances véritablement épouvantables et avec une telle cruauté qu'il est permis de supposer que cette malheureuse a agi dans un moment de folie. Voici les faits :

Samedi soir, les époux Herny et leur petite fille, âgée de quatre ans, étaient assis au coin du feu, quand soudain, au cours d'une discussion des plus banales, la femme Herny se dressa, très surexcitée, et, s'emparant d'une grosse bûche de bois, en porta un coup violent à son mari.

Celui-ci, frappé derrière la tête, tomba littéralement

assommé, ne donnant déjà plus signe de vie. Alors, la femme Herny, loin de se calmer, se précipita sur lui, s'empara d'un couvercle de marmite qui se trouvait à terre devant la cheminée, et, à l'aide de cet instrument, déchiqueta le visage de Herny.

La petite fille assistait à cette scène tragique, ne comprenant pas ce qui se passait. Cependant, à plusieurs reprises, elle supplia sa mère d'une voix émue : « Maman, ne frappe plus papa ! »

La mégère, les mains inondées de sang, les yeux exprimant la plus farouche brutalité, continuait son œuvre criminelle.

Son crime accompli, elle eut le sang-froid d'aller prendre une longue corde avec laquelle elle attacha le cadavre de son époux ; puis, ayant ouvert la petite porte qui donne accès à la cave, elle y descendit sa victime avec mille précautions.

C'est dans cette cave que le cadavre, horriblement défiguré, du malheureux Herny a été trouvé hier matin. Le parquet de Saint-Claude s'est rendu sur les lieux. La femme Herny a été arrêtée.

Ainsi que je le vous dis au commencement de ma dépêche, cette femme aurait agi dans un moment de folie furieuse. On me dit qu'elle ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales ; elle aurait même été enfermée autrefois dans un asile de fous.

La nouvelle de ce crime terrifiant a causé dans notre ville la plus vive émotion.

23. *Tentative d'assassinat sur le vice-consul de France à Berne.* — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 13 février 1898) :

« Une tentative d'assassinat qui, heureusement, n'a pas eu de conséquences graves, a été commise hier au consulat de France à Berne. Un individu se présentait, vers trois heures de l'après-midi, au consulat et demandait avec insistance à parler à M. Dutrait, vice-consul. Il fut introduit, mais à peine était-il assis, qu'il dit à M. Dutrait : « Je vous ai écrit, il y a huit jours, vous avez gardé le silence, voici ma réponse. » En même temps, il tira un coup de revolver sur le vice-consul qui se leva précipitamment et glissa sur le tapis. Ce mouvement le sauva ; il ne fut pas atteint. Au bruit, des employés étaient arrivés ; le meurtrier tira un coup de pistolet contre eux ; mais il fut aussitôt désarmé.

« L'auteur de l'attentat dit s'appeler Georges Salleux, tapissier, originaire de Brest.

« Il écrivit, il y a quelques jours, au consulat, une lettre dans laquelle il racontait qu'à la suite d'affaires de famille il fut compromis dans un complot anarchiste et, depuis le jour de la mort de Vaillant, interné à l'asile d'aliénés de Quimper,

où il resta dix mois. Cette lettre fut considérée comme l'œuvre d'un déséquilibré et classée. »

24. *Les suites du procès Emile Zola.* — Des gardiens de la paix arrêtaient hier soir, sur le boulevard Montmartre, un individu paraissant très surexcité, et qui tenait aux passants des propos incohérents. On le conduisit au commissariat de police où, pendant qu'on tentait de l'interroger, il continua de discourir en langue étrangère : le nom d'Emile Zola revenait souvent dans ses phrases ; l'homme entraînait alors dans une violente colère, frappait du pied, menaçait.

Un médecin, appelé, déclara que cet individu était fou. C'est un Russe, venu à Paris il y a quelques mois et qui habitait, faubourg Montmartre, un très bel appartement. M. Archer, commissaire de police, l'a envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Temps*, numéro du mardi 15 février 1898.)

25. *La folie d'une mère.* — On lit dans le *Figaro* (numéro du mercredi 16 février 1898) :

« Une mère frappée subitement d'un accès de folie furieuse, a tenté hier de tuer son enfant, à coups de couteau, dans les tragiques circonstances suivantes :

« M^{me} Joséphine Leroy, âgée de vingt-trois ans, ménagère, demeurant, 70, rue Didot, forcée par son métier de s'absenter de chez elle tous les jours, confia, moyennant rétribution, sa fillette, âgée de deux ans, à une dame Quêree, demeurant, 17, rue Julie.

« Hier matin, à onze heures un quart, elle se présenta pour la voir et l'embrassa furieusement. Tout à coup elle s'empara d'un couteau placé sur une table et en frappa de six coups la pauvre petite qui, poussant des cris déchirants, tomba, épuisée par la perte de son sang. La croyant morte, M^{me} Leroy se plongea son arme dans la poitrine. Aucun organe essentiel ne fut atteint et des voisins, accourus aux cris de l'enfant, s'emparèrent de la pauvre folle qui fut conduite au commissariat de M. Grimal.

« C'est en vain que le magistrat tenta de l'interroger. Elle répondait d'une façon incohérente, par des phrases sans suite.

« Le mari, prévenu, a ramené chez lui sa fillette dont les blessures étaient peu graves, les coups portés ayant été atténués par les vêtements épais que portait l'enfant. »

Des renseignements fournis par d'autres journaux, nous apprennent que cette malheureuse était depuis longtemps atteinte d'une aliénation mentale qui « se traduisait le plus souvent par de véritables accès de folie ».

26. *Suicide d'un prêtre.* — Le cadavre de l'abbé Stanislas Garnier, âgé de cinquante-deux ans, desservant de la paroisse d'Avoinces (arrondissement d'Argentan), a été trouvé hier, dans une mare, par deux jeunes filles que la vue d'une soutane

flottant sur l'eau avait attirées. L'abbé Garnier s'était suicidé en se tirant une balle de revolver dans la tempe droite. Il s'était auparavant placé sur les bords de la mare, afin que le coup tiré, il pût directement tomber à l'eau et trouver ainsi une mort certaine. Le revolver de 7 millimètres qui a servi au suicide a été trouvé dans la vase.

L'abbé Garnier était atteint depuis quelque temps du délire de la persécution. Dans une lettre adressée au vicaire général de l'évêque de Séez, il laissait entendre, en termes incohérents, qu'il avait l'intention d'en finir avec la vie.

Ses obsèques ont été célébrées religieusement. (*Le Temps*, numéro du lundi 21 février 1898.)

27. *Menaces de mort.* — Dans son numéro du lundi 21 février 1898, le *Figaro* raconte que dans la matinée de la veille, les agents de police amenèrent au poste central du Panthéon « un nommé Pierre Girard, âgé de quarante ans, sans domicile. Cet individu s'était introduit dans une boutique de draperie de la rue Saint-Jacques, et menaçait la marchande de l'étrangler si elle ne lui remettait pas immédiatement le million qu'elle cachait dans son tiroir-caisse ». Girard a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt.

28. *Tentative d'homicide.* — On télégraphie de Gap à l'*Agence Havas* (21 février 1898) :

Hier, à midi, le nommé Thome, menuisier à la Roche-des-Arnauds, a tiré un coup de fusil à bout portant sur M. Amar qui, porteur d'une contrainte, était venu le saisir.

Thome a été aussitôt arrêté par les deux gendarmes qui accompagnaient M. Amar. Celui-ci a été blessé à la tête. On espère le sauver.

Thome a agi sous l'empire de la folie.

LES MÉFAITS DE L'ALCOOL (*suite*).

92. *Suicide d'un buveur.* — C'était un franc buveur que M. Fritz Müller, âgé de soixante-douze ans, qui a été hier trouvé asphyxié dans la chambre qu'il habitait rue de Meaux. Près de son cadavre était un papier, sur lequel le défunt avait consigné ses dernières volontés. Fritz Müller, qui était un buveur endurci, déclarait dans cet écrit qu'il se suicidait pour faire place aux plus jeunes et aux plus ardents buveurs ; il terminait en exprimant le désir que ses amis arrosassent sa tombe avec de la bonne eau-de-vie. Il a laissé à cet effet un sac de pièces d'or, bien en évidence sur une table. (*L'Aurore*, numéro du jeudi 6 janvier 1898.)

93. *Une rixe en wagon.* — Une rixe sanglante a éclaté entre deux militaires pris de boisson, dans le train partant de Tou-

louse et qui arrive à Montauban à midi et demi. Entre Toulouse et Grisolles, un nommé Garandel, soldat libéré des compagnies de discipline, a invectivé un nommé Mortera, du 1^{er} bataillon d'Afrique; une lutte corps à corps s'en est suivie.

Mortera, après avoir terrassé son adversaire dans un angle du wagon, l'a frappé avec acharnement à coups de pied sur la figure et l'a jeté, râlant, dans un autre compartiment.

A l'arrivée du train à Montauban, le chef de gare a fait détacher le wagon du convoi; après interrogatoire, Mortera a été mis en état d'arrestation. Garandel a été transporté à l'hôpital. (*L'Aurore*, numéro du jeudi 13 janvier 1898.)

94. *A coups de ciseaux*. — Sous ce titre le *Petit Temps* (numéro du mardi 25 janvier 1898), publie le fait suivant :

Sur la plaidoirie de M^e de Dammartin, la cour d'assises a acquitté, aujourd'hui, une fille Lemay qui, chassée d'un débit de vins, à cause de son état d'ivresse, se précipita, furieuse, sur un malheureux consommateur et, s'armant d'une paire de ciseaux sortie de sa poche, l'en frappa si violemment que la mort fut presque instantanée.

Les jurés ont eu voir dans l'état d'ivresse de l'accusée un titre suffisant à leur indulgence.

95. *Pour essayer ses forces*. — Deux manouvriers, Eugène Lefèvre et Clodomir Martin, après avoir bu force rasades dans un cabaret de Brognon (Ardennes), résolurent d'essayer leurs forces. Martin, ayant eu le dessous, porta à son adversaire deux coups de couteau, l'un au front, l'autre dans le côté gauche, qui a perforé le poumon.

L'état du blessé est très grave. Martin a été arrêté. (*Le Temps*, numéro du jeudi 27 janvier 1898.)

96. *La providence des ivrognes*. — Le juge de la cour de police de Londres-nord a eu à statuer sur un cas des plus difficiles et qui s'est dénoué par l'acquiescement d'un voleur pris pour ainsi dire en flagrant délit. Pour l'intelligence de ce petit récit, il convient d'abord que le lecteur sache qu'en cette immense métropole si bien administrée en apparence il n'existait presque pas de vespasiennes ni de chalets de nécessité il y a quinze ans. Depuis cette époque, le conseil de comté a ordonné des installations très confortables dissimulées sous le sol des grands refuges aux carrefours et où l'on descend par un double escalier. Chacun de ces souterrains est gardé par un homme qui dispose d'une petite logette.

Hier, le gardien du « lavatory » de Lime house vaquait à ses occupations. Il avait, selon sa coutume, endossé sa blouse et pendu dans sa logette, avec son veston, son gilet contenant sa montre, sa chaîne et son porte-monnaie. Ayant eu besoin de consulter sa montre, il s'aperçut qu'il avait été volé. Aussitôt

il monta sur le trottoir, moins dans l'espoir de retrouver son filou que pour confier sa mésaventure à un policeman, et il fut agréablement surpris de rencontrer celui qu'il n'espérait point revoir. A quelques pas du « lavatory », un homme bien vêtu tenait sa montre à la main. On l'arrêta.

Ce pick-pocket se trouvait être le D^r F..., un praticien honorablement connu, qui se laissa conduire au poste sans résistance et sans paraître rien comprendre aux accusations répétées contre lui.

— Je ne sais pas ce que vous me voulez, disait-il. Je viens de déjeuner avec des amis, j'ai trop bu. Je ne vous comprends pas.

Ce matin, à l'audience, des témoins de la plus haute honorabilité ont attesté la probité du docteur qui, d'ailleurs, gagne une cinquantaine de mille francs par an. Les convives de son dernier déjeuner sont venus avouer que tous avaient bu un peu plus que de raison, surtout leur ami qu'ils s'étaient plu à enivrer pour le faire rompre avec sa sobriété habituelle. Ces témoignages ne permettaient pas au juge de prononcer une condamnation.

Si l'on reprend jamais ce médecin à boire un whisky!... (Le *Petit Temps*, numéro du vendredi 11 février 1898.)

97. *Tentative de parricide et de fratricide.* — Un journalier, Victor Mesnard, demeurant impasse Ronce, s'était rendu, avant hier soir, chez sa sœur, villa des Pyrénées, pour lui demander de l'argent. Comme Victor était, ce qui lui arrive fréquemment, en état d'ivresse, sa sœur voulut le mettre à la porte. L'alcoolique se rua sur elle et l'aurait étranglée, si des voisins n'étaient intervenus à temps pour lui arracher sa victime des mains.

Mesnard se dirigea alors vers la rue des Maraîchers où habite sa mère. Sa demande n'ayant pas été favorablement accueillie, le misérable s'arma d'une bouteille et en frappa la pauvre femme à coups redoublés. Cette fois, les voisins se sont emparés du forcené et l'ont remis entre les mains des gardiens de la paix.

Au poste où il a été conduit, Mesnard a été pris d'une terrible crise de *delirium tremens*. Il a été aussitôt dirigé sur l'infirmerie spéciale du dépôt. (Le *Figaro*, numéro du vendredi 11 février 1898.)

98. *Outrages et violences envers des militaires en tenue.* — Un jeune homme en état d'ivresse traversait, avant-hier soir, vers sept heures, la place de Rennes. Avisant un groupe de militaires, l'ivrogne s'approcha et les invectiva. Un des militaires l'engagea à poursuivre sa route, le menaçant, dans le cas où il renouvellerait ses grossièretés, de le faire arrêter. Au lieu

de tenir compte de ce sage avis, l'ivrogne saisit le militaire à la gorge, cherchant à le frapper. Des passants intervinrent et s'emparèrent de l'agresseur qu'ils remirent entre les mains des gardiens de la paix, non sans lui avoir administré force horions.

Conduit chez M. Guillaud, commissaire de police, cet individu a déclaré se nommer François Balle, avoir vingt ans et demeurer en garni rue Saint-Jacques. Il a été mis à la disposition du parquet, sous inculpation d'outrages par paroles et violences envers des militaires en tenue. (*Le Figaro*, numéro du mardi 15 février 1898.)

FAITS DIVERS

Suicides étranges. — On écrit de Belgique à l'*Aurore* (numéro du jeudi 6 janvier 1898) :

« De Verviers, on signale une tentative de suicide vraiment épouvantable. Une jeune fille sujette à des crises nerveuses, résolue à se tuer, est montée à sa chambre avec un cruchon de pétrole, en a arrosé ses habits, et ensuite y a tranquillement mis le feu. Quand les parents sont arrivés, attirés par les cris que lui arrachaient la souffrance, c'était une torche humaine et l'on n'en pouvait approcher. On a fini par l'éteindre avec des couvertures. Toutes les chairs étaient brûlées, mais la malheureuse vivait encore et a continué à vivre plusieurs heures en proie à d'indicibles tortures. »

— On télégraphie du Havre au *Petit Temps* (numéro du mardi 18 janvier 1898) :

« Un enfant de quatorze ans, nommé Blondel, employé chez M^{me} Ferry, cultivatrice à Auberville-la-Campagne, a tenté, hier, de se suicider en montant sur l'arbre de couche d'une machine à battre qui était en mouvement. Ayant mis le pied gauche dans l'engrenage situé au centre de l'appareil, le jeune désespéré fut entraîné par le mouvement de rotation.

« Aux cris que lui arrachèrent les horribles douleurs qu'il éprouvait, plusieurs personnes accoururent et s'empressèrent d'arrêter la machine; mais, pour dégager le malheureux enfant, il fallut démonter l'appareil. Le jeune Blondel avait la jambe droite fracturée à plusieurs endroits et la jambe gauche était si affreusement mutilée qu'on a dû avoir recours à l'amputation. L'état du petit blessé est très grave. »

Ce malheureux enfant succombait, le lendemain, à ses affreuses blessures. On ignore les motifs qui l'avaient poussé à vouloir se donner la mort.

Epidémie de suicide dans la haute société de Washington. — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 19 janvier 1898) :

L'épidémie de suicides parmi les jeunes femmes de la haute

société de Washington continue. Après miss Herbert, fille de l'ancien secrétaire de la marine, qui s'est tuée, il y a quelques semaines, c'était tout récemment le tour de son amie, la fille de l'ancien gouverneur du Colorado, M. Waite. Enfin, dimanche, M^{me} Blackburn Lane, fille de l'ancien sénateur Blackburn, atteinte, elle aussi, de maladie noire et de prostration nerveuse, s'est logé une balle de revolver au-dessous du cœur; son état est très grave.

Cette série de suicides plonge les cercles mondains de Washington dans la consternation.

La maladie de l'hypnotisme en Amérique. — Les habitants de la ville d'Orange, dans l'Etat de New-Jersey, sont depuis quelque temps atteints d'une manie singulière : la maladie de l'hypnotisme. On peut dire même que c'est une véritable folie, car on ne rencontre plus par les rues qu'hypnotiseurs ou hypnotisés, hommes et femmes, enfants et vieillards. La cause immédiate de cette folie d'un genre nouveau est un jeune médecin de l'endroit qui a inventé, paraît-il, un appareil permettant à toute personne d'un tempérament nerveux de se magnétiser elle-même en deux ou trois minutes au maximum. On peut également, à l'aide de cet appareil, magnétiser les autres avec la plus grande facilité, à condition toutefois qu'il n'y ait pas résistance formelle du sujet à la volonté de l'opérateur. — Le *globe hypnotique*, tel est le nom de l'invention, se compose essentiellement d'une petite boule en verre de quatre centimètres teintée en bleu, et au centre de laquelle est fixée une aiguille d'acier. Cette boule est placée sur un support de bois. Il suffit de braquer ses yeux à une distance de quinze centimètres et pendant deux ou trois minutes, sur la pointe de l'aiguille, pour goûter aussitôt toutes les sensations, agréables ou pénibles, de l'hypnose. (*Le Progrès médical*, numéro du 12 février 1898.)

Un conseil de revision matrimonial. — Pour enrayer, a-t-il déclaré, la criminalité et la folie, et perfectionner la race par la sélection, M. Parker de Cleveland, vient de présenter à la législature de l'Etat américain de l'Ohio un projet de loi ne tendant rien moins qu'à établir un conseil de revision pour tous ceux, hommes et femmes, qui désirent se marier. Aux termes de ce projet, il est institué, en effet, dans chaque comté, une commission des mariages composée de trois médecins et devant laquelle devront se présenter ceux ou celles songeant à prendre femme ou mari.

Cette commission fera subir au postulant un examen complet, aussi bien au point de vue intellectuel qu'au point de vue physique; elle s'informerait de ses antécédents et de ceux de ses parents; elle recherchera s'il y a eu dans la famille des cas de

folie, d'ivresse habituelle, des tendances criminelles ou des maladies constitutionnelles dont le postulant a pu hériter; elle verra s'il est lui-même exempt de maladies qu'il pourrait transmettre à sa progéniture, comme la phthisie ou des vices du sang.

Et si le postulant subit victorieusement l'examen, la commission le déclarera bon pour le mariage et lui délivrera, moyennant 2 liv. 50, un permis sans lequel il ne lui sera pas possible de se marier. La commission ne jugera pas souverainement; on pourra toujours en appeler de sa décision devant une commission supérieure, également composée de trois membres et nommée par le gouverneur de l'Etat. (*Le Petit Temps*, numéro du dimanche 20 février 1898.)

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
Session d'Angers (1898).

Le neuvième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes français s'ouvrira à Angers, le lundi 1^{er} août 1898, sous la présidence de M. le D^r MOTET, membre de l'Académie de médecine.

Le programme comprendra :

1^o Questions mises à l'ordre du jour.

Pathologie mentale. — Les troubles psychiques post-opératoires. — Rapporteur : M. le D^r RAYNEAU, médecin en chef de l'Asile d'Orléans.

Pathologie nerveuse. — Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux. — Rapporteur : M. le D^r SABRAZÈS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Médecine légale. — Les délires transitoires au point de vue médico-légal. — Rapporteur : M. le D^r VALLON, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine);

2^o Lectures, présentations, travaux divers;

3^o Visite de l'asile d'aliénés de Maine-et-Loire;

4^o Excursions;

5^o Impression et distribution des travaux du Congrès;

Prix de la cotisation : 20 francs.

Adresser, dès maintenant, les adhésions, les cotisations et toutes communications au secrétaire général du Congrès, M. le D^r PETRUCCI, directeur médecin en chef de l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, près Angers (Maine-et-Loire).

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Psychologie morbide.

GÉNIE ET FOLIE

RÉFUTATION D'UN PARADOXE

Par le Dr Albert REGNARD

Suite (1)

L'auteur de l'*Homme de génie* aurait dû, tout au moins, se renfermer dans les limites de son titre. « Galton, dit-il, dans un travail précieux (*Hereditary Genius*), mais où un défaut se montre trop souvent, — défaut dont je n'ai pu me défendre moi-même, c'est-à-dire la confusion du génie avec le talent, — trouve une proportion de 421 génies sur 1 million d'hommes »

(1) Voir les *Annales* de janvier-février et mars-avril 1898.

(p. 206). Mais si c'est une faute avérée — et des plus graves! — pourquoi la commettre de propos délibéré? Et l'ayant commise, pourquoi la reprocher à un autre?

En réalité, M. Lombroso se trompe fort, le mot anglais *genius* n'ayant pas du tout le sens de l'expression *génie* dans notre langue. Sans doute, il englobe les vrais grands hommes; mais, beaucoup plus compréhensif, il désigne aussi et surtout le simple talent. Jamais il n'a pu entrer dans l'esprit de Galton d'avancer que, sur 1 million d'hommes, on pût trouver une proportion de 421 génies. C'est une sottise monumentale qu'on porte sans raison à son actif (1). Et surtout ce n'est pas lui qui eût jamais pensé à amalgamer ensemble, comme hommes et femmes de génie, Catherine II, George Sand et Charlotte Corday, d'une part (2), — de l'autre, Tibère, Bertillon, Holbein, Michel Ange, et Daniel Wilson (3)!

Certainement, si l'on reste dans le vague où semblent s'être complu les auteurs de l'hypothèse en discussion; si l'on veut chercher à se reconnaître dans cette mêlée où se condoient indifféremment Charlotte Corday, le Dante, Corneille et Mistress Beecher Stowe, on n'en sortira pas. « Il faudrait prouver, dit très bien le Dr Hirsch, que la disposition aux maladies psychiques est plus prononcée chez les grands esprits que chez le vulgaire. Les statistiques manquent (4). » Je vais tâcher d'en établir une.

Pour cela, je bornerai mes recherches aux hommes de génie proprement dits. On a beau nous parler de la difficulté d'établir une limite entre ceux-ci et les

(1) Cf. Galton, *Hereditary genius*, London, 1869.

(2) Lombroso, *loc. cit.*, p. 65.

(3) *Ibid.*, p. 26.

(4) Hirsch, *loc. cit.*, p. 122.

hommes de simple talent ; pour les cas douteux, pour les petits génies et les grands talents, c'est possible. Ces cas douteux, je les laisserai de côté, m'attachant uniquement aux Héros, aux grands hommes que l'Univers reconnaît comme tels. Cette liste ne saurait pourtant s'établir sans quelque difficulté, et peut-être n'aurais-je pas entrepris le présent travail si je ne m'y étais trouvé préparé par la publication d'un calendrier des grands hommes, à l'imitation de ceux de Sylvaïu Maréchal et d'Auguste Comte. C'a été pour moi l'objet d'une longue et difficile élaboration, d'autant plus qu'il s'agissait d'une répartition systématique des grands noms, chaque mois étant consacré à une section spéciale, la philosophie, le travail, le drame, la démocratie, etc. (1). Comme je n'avais besoin que de 360 noms (2), j'ai pris naturellement « la fleur du panier ».

Je n'avais qu'à me conformer à l'opinion générale et je l'ai fait — mais dans une certaine mesure. Car, de même que les Comtistes ont cru devoir retrancher de leur liste les Luther et les Calvin, considérés comme rétrogrades, j'ai exclu, à mon tour, avec au moins autant de raison, les Moïse, les Paul, les Mahomet et, eu général, tous les organisateurs de religions. J'entends bien que celles-ci font partie intégrante de l'évolution de l'esprit humain ; mais elles sont la création spontanée des races dans leur enfance ; quand les individualités s'en mêlent, c'est pour tout empirer. Je n'ai pas fait d'exception pour le « Bouddha » Gakyamouni Gautama, etc., qui, avec sa religion soi-disant sans Dieu,

(1) *Le Calendrier de l'Ère révolutionnaire et sociale*, avec les noms des héros de l'Humanité, suivi de la *Bibliothèque matérialiste et socialiste*, par A. Regnard. Paris, 1^{er} vendémiaire, CI, 1^{er} vol. in-8°.

(2) Les jours complémentaires étant réservés pour fêter la Victoire, l'Égalité, etc.

n'en a pas moins doté le monde d'un nouveau genre de superstition idiote, bonne, en effet, pour des Touraniens, pour des Chinois.

Pour les besoins de la démonstration, et quelque néfaste qu'ait été leur influence, je rétablirai, sur la liste que je vais dresser maintenant, les quelques initiateurs religieux, tels que saint Paul, Mahomet, Luther, dont le génie ne saurait être contesté. Pas d'autres saints, par exemple! Pas de François d'Assise, ni de sainte Thérèse, ni de Loyola; sans quoi, nous tomberions, avec tous ces extatiques, dans la folie complète, le délire religieux étant au bout de tout enthousiasme en ce genre. J'ajoute que chez tous ces gens-là, vous trouvez, mêlée à un incontestable talent, une forte dose de charlatanisme, et, comme le dit très bien Carlyle, « il n'y a pas de place pour le charlatanisme chez les vrais grands hommes » (1).

C'est pour cette raison-là, entre autres, que j'ai exclu Napoléon de mon calendrier. D'ailleurs, dans le domaine de la politique, la réalité du grand homme s'établit par les résultats acquis, soit matériels, soit moraux. Or, au point de vue moral, Bonaparte a fait échec à la Révolution; au point de vue matériel, en dépit de ses brillantes victoires, il a laissé amoindrie et humiliée la France qu'il avait tronvée agrandie. Cependant, pour les nécessités, aussi, de la démonstration, je dois le rétablir sur la liste actuelle.

Par contre, je ne fais pas figurer ici certains noms de mon calendrier, tels que ceux de Chaumette, de Blanqui et autres, encore que je considère ces hommes comme des Héros de l'Humanité dans toute la force du terme, tant au point de vue de l'abnégation que sous le rapport des services rendus. Mais il s'agit ici d'une

(1) Carlyle, *loc. cit.*, p. 218.

thèse de science pure et non de politique appliquée, et je dois me conformer, dans l'espèce, aux données de l'opinion vulgaire. J'arrive ainsi, en dernière analyse, à un total d'environ 400 noms, appartenant à des génies d'ordre divers, mais incontestés. Que si l'on me demande pourquoi seulement 400 noms, je répondrai : pourquoi davantage ? J'ai déjà eu assez de peine à les obtenir ; en forçant le chiffre, je risquerais de franchir la limite, d'empiéter sur le terrain du simple talent. J'aurais pu ajouter peut-être vingt ou trente noms, sans choquer personne. *Puisque, en effet, j'ai admis tous les génies signalés par M. Lombroso comme affectés d'une tare quelconque et pouvant servir d'appoint à sa thèse*, en augmentant ma liste de ces quelques noms incriminés, je n'aurais fait qu'accroître, au profit de mon antithèse, les chances du pourcentage. Je parle ici, bien entendu, des génies proprement dits ; je ne saurais considérer comme tels les Ampère, les Lenau, les Foscolo, les Lamartine, et *tutti quanti* (1).

Comme il me faut absolument citer tous les noms de ma liste, j'établirai des subdivisions propres à servir de fil d'Ariane dans ce labyrinthe, où je vais entraîner le lecteur à la suite de M. Lombroso. Les partisans de la doctrine du génie-folie pourront même utiliser cela comme « quartiers de classement ».

(1) De même Cardan, auteur de quelques excellents livres, marqués au coin de la saine philosophie, mais, en même temps, d'élucubrations désolantes, et chez qui le génie en puissance a été littéralement étouffé par la folie en acte. Comme je pourrais être suspecté de vouloir me débarrasser d'un cas défavorable, je ferai remarquer qu'il ne saurait être question de parti pris : dans mon calendrier, publié il y a six ans, j'ai délibérément, et après mûre réflexion, éliminé Cardan. « Ce n'est point pour lui, écrit Bayle, qu'il faut dire que la folie est mêlée avec le grand esprit ; il faut prendre la chose d'un autre sens, et dire que le grand esprit est mêlé avec la folie ; le grand esprit ne doit être considéré que comme l'*appendix* et l'accessoire de la folie ». (*Dictionn. historique et critique*, art. « Cardan ».)

Toutes les manifestations de la vie humaine en son plein épanouissement peuvent se ramener à une triade irréductible.

1° LA PHILOSOPHIE, pour la coordination de nos connaissances, avec la Science qui les détermine ;

2° LA POLITIQUE, avec l'Économie sociale, pour la vie pratique ;

3° L'ESTHÉTIQUE, pour l'idéal et les jouissances indispensables de la pensée. J'étudierai successivement les Héros de l'Humanité dans chacune de ces trois catégories.

IV

A. — HOMMES DE GÉNIE DANS LE DOMAINE DE LA PHILOSOPHIE ET DE LA SCIENCE.

En voici l'énumération :

Thalès, Anaximandre, Anaximène, Empédocle, Xénophane, Leucippe, Protagoras, Prodicus, *Démocrite*, Héraclite, Hippocrate, Anaxagoras, SOCRATE, Platon, *Aristippe*, Diogène, *Aristote*, Théophraste, Straton, Aristoxène, *Zénon*, Epicure, Chrysippe, Métrodore, Carnéade, Sextus Empiricus.

Pythagore, Pythéas, Archimède, Eratosthènes, Hipparque, Euclide, Apollonius, Diophante, Sosigène, Straton, Galien, Ptolémée, Hypatie.

Hérodote, Thucydide, Xénophon, Polybe, Aristarque, Cicéron, *Sénèque*, Pline, Tite-Live, Tacite, *Plutarque*, Epictète, Lucien, Ulpien.

Avicenne, Averroès, Thomas d'Aquin, Roger Bacon, Abailard, Occam, *Pomponnat*, Césalpin, Copernic, Paracelse, *Van Helmont*, Etienne Dolet, Reuchlin, Michel Servet, Rabelais, Montaigne, Charron, *Giordano Bruno*, Vanini, Bacon, Cujas, La Rochefoucauld, *Gassendi*, *Descartes*, PASCAL, *Hobbes*, Sidney, *Spinoza*, *Leibnitz*, *Vico*, *Locke*, *Newton*, *Bayle*, *Fontenelle*, *Voltaire*, *Montesquieu*, Helvétius, Fréret, *Diderot*, d'Holbach, *D'Alembert*, Adam Smith, La Mettrie, *Gibbon*, Condillac, Beccaria, *Buffon*, *Hume*, *Kant*, Condorcet, Cabanis,

Mauvertais, *Hegel*, *Bentham*, *Cuvier*, Lamareck, *Bichat*, Gall, Geoffroy-Saint-Hilaire, Broussais, AUGUSTE COMTE, Feuerbach, SCHOPENHAUER, *Michet*, Carlyle, Darwin.

Marco Polo, Guttenberg, *Christophe Colomb*, Vasco de Gama, Vesale, Képler, *Galilée*, Harvey, Papin, Huyghens, Vaucanson, Franklin, Montgolfier, Arkwright, James Watt, Galvani, *Volta*, Davy, *Linné*, Lavoisier, Euler, Priestley, Berzélius, Jenner, J. Bernouilli, Berthollet, Laplace, Lagrange.

Soit, en tout, 146 philosophes et savants de génie, sur lesquels 40 sont signalés (1) par M. Lombroso comme présentant des tares quelconques ou, du moins, ce que l'auteur considère comme tel.

C'est ainsi que sont dénoncés comme *célibataires* (cela sous le titre de « stérilité ») : Galilée, Gassendi, Descartes, Spinoza, Hobbes, Locke, Leibnitz, Newton, Bayle, Fontenelle, Hume, Kant, Bentham (p. 27). De plus, Leibnitz méditait surtout dans la position horizontale ; Gassendi prononçait des sermons à quatre aus (p. 30) ; Spinoza était petit (p. 8), Locke, et Képler, étaient maigres (p. 19) ; Hobbes, Fontenelle et Bentham moururent à quatre-vingts aus passés.

Aristippe était « débauché » (p. 90) ; Plutarque « eut un grand-père adonné au vin » (p. 213) ; Pompouat était petit, Giordano Bruno, vagabond (p. 36) ; Gibbon et Linné étaient hydrocéphales, Cuvier avait le cerveau énorme mais hydropique (p. 12) ! D'Alembert, fils naturel, précoce, « pleurait sous la piqure de la critique » (p. 53) ; Voltaire, grand, maigre, précoce, hypocondriaque (p. 72), mort octogénaire, conçut un chant de la *Henriade* en rêvant (p. 40) et « il aurait tué son oppositeur scientifique » (p. 51) ; Montesquieu ébrancha l'*Esprit des lois* en voiture (p. 39), et « il lais-

(1) Les noms ci-dessus en italiques ; j'ai écrit en petites capitales ceux des hommes chez lesquels le génie paraît réellement associé à la folie.

sait sur le carreau l'empreinte de ses pieds » (p. 67); Diderot avait des distractions (p. 57), Buffon aussi et, de plus, il s'abandonnait à d'étranges contorsions du visage (p. 67), sans compter qu'il mourut à quatre-vingt-un ans; Darwin était névropathe (p. 155); Carlyle redoutait de faire sa malle (p. 89), ne pouvait voyager en voiture avec sa femme (p. 94) et mourut octogénaire.

Galilée, comme Voltaire, aurait « tué son oppositeur scientifique ». Quant à Bichat, il avait l'hémisphère gauche plus développé que le droit.

Pour Michelet, on devrait dire aussi de lui qu'il appartient au monde de la « phrénopathie », si l'on songe « à son histoire naturelle de fantaisie, à ses obscénités académiques (!), à sa vanité incroyable et à ses derniers volumes de l'*Histoire de France*, transformés en un bournier d'anecdotes scandaleuses et de paradoxes bizarres » (p. 367). Voilà comment M. Lombroso apprécie l'homme aimable, le grand penseur et le profond historien, dont la France intelligente se prépare à célébrer le centenaire. C'est tout de même insupportable, et j'ai trop étudié la question pour ne pas reconnaître ici le coup du Sémite qui, au fond, ne peut pas plus être historien que savant. « L'histoire, dit excellemment Gustave Tridon, ne lui est jamais apparue que comme thème à sa propre glorification et à la malédiction des autres (1). »

Que dire, d'ailleurs, de ce médecin, de cet aliéniste qui se permet de stigmatiser les plus purs génies en leur donnant une place dans son pilori, sous prétexte qu'ils furent petits, précoces, célibataires ou moururent à quatre-vingts ans et plus? On n'exigera pas que j'entre

(1) G. Tridon, ancien membre de la Commune de Paris, *Le Molochisme juif*, p. 10. Bruxelles, 1884.

dans des explications à cet égard ; ce serait se moquer du lecteur, assez éprouvé déjà par la reproduction nécessaire de pareilles élucubrations. Je ne veux retenir que le fait de la longévité, assez commune chez les grands hommes et que l'auteur attribue à leur dureté, à leur égoïsme, à leur défaut « d'affectivité ». Mais, pourtant, ce n'est pas la peine d'être médecin pour ignorer que la longévité est d'ordinaire une affaire d'hérédité et que ceux-là, surtout, ont la chance de mourir très vieux, qui ont des ascendants octogénaires. Tout cela est d'autant plus étonnant que les partisans de la théorie du génie-névrose, signalent volontiers comme inférieurs, et avec plus de raison, les individus qui « meurent de chagrin » (1). Ils devraient pourtant bien se mettre d'accord entre eux. De fait, la loi de nature est ainsi : l'homme bien équilibré résiste aux plus poignantes douleurs ; la plaie subsiste, mais, avec le temps, cicatrisée. Ceux qui succombent au chagrin ne sont nullement des individus d'élite, mais bien plutôt des esprits insuffisamment équilibrés ; sans quoi, le monde périrait. Cette longévité de certains génies, d'ailleurs non généralisée, est une preuve de plus de la plénitude de leur vitalité, de l'intégrité parfaite de leur organisation.

Nous arrivons à des faits, en apparence plus précis, aux cas de Sénèque et de Bacon, flétris comme criminels, « accusés de péculat » (p. 94). Mais, d'abord, c'est passer les bornes que d'assimiler de pareils cas à ceux des criminels nés ou fous moraux de la pire espèce ; ensuite la cause est loin d'être définitivement jugée. Sans partager l'enthousiasme immodéré de Diderot pour Sénèque, il est permis de faire remarquer, qu'en somme, les accusations portées contre le précepteur de Néron reposent principalement sur les dénonciations du dis-

(1) Moreau (de Tours), *loc. cit.*, p. 523.

crédité Suilius, citées par Tacite et reproduites par Dion (1). Quant à Bacon, il faut avant tout ne pas s'en tenir aux venimeuses allégations de Macaulay (2). Le contre-poison se trouve dans la complète et si consciencieuse étude de B. Montagu, l'éditeur bien connu des œuvres du grand philosophe (3). Comme le dit un auteur récent, sa grande faute a été de n'avoir pas empêché ses officiers et ses serviteurs d'abuser de leur situation auprès de lui pour prévariquer. « Mais la postérité, plus juste et plus vraie que les juges politiques de Bacon, proclame que le chancelier, dans les fonctions de sa charge, a toujours agi de bonne foi et qu'il a toujours rendu à chacun, riche ou pauvre, loyale justice ; qu'il n'a jamais fait aucun acte avec intention criminelle et que, sans la preuve de cette intention, il ne saurait y avoir aucun crime de corruption (4). »

Sans plus de raison, quoique dans un tout autre ordre d'idées, Hegel est stigmatisé comme ayant eu une sœur folle. Je demande ici qu'on m'accorde ce postulat : la présence accidentelle d'un aliéné dans la famille d'un grand homme ne prouve absolument rien, quant à sa dégénérescence, lorsque, bien entendu, il n'existe chez lui aucune tare mentale. Le fait, s'il était généralisé, pourrait être un indice ; mais, comme la suite de cette étude le démontrera, il est, au contraire, exceptionnel.

Je ne m'arrêterai pas sur les cas de Van Helmont, voyant son âme sous la forme d'un cristal, — de Dcs-

(1) Cf. Tacite, *Annal.*, XIII, 42. — Dion, *Hist. roman.*, LII, 2. — Diderot, *Essai sur les règnes de Claude et de Néron*, liv. I, 59, sq. — Hochart, *Etude sur la vie de Sénèque*, p. 147, sq. Paris, 1883.

(2) Macaulay. *Critical and historical Essays: Lord Bacon* (juillet 1837).

(3) *The works of Francis Bacon*, a new edition, by Basil Montagu, 16 vol. in-8°. London, 1825 1834.

(4) Camoin de Vence. *La vérité sur la condamnation du chancelier Bacon*, p. 57. Paris, 1886.

cartes, se croyant hanté par une personne invisible, après une longue retraite, — de Colomb entendant une voix, sur le rivage de la Jamaïque, lui reprocher de s'être livré à la tristesse (p. 88) (1); ce sont là pures mystifications ou simples rêves de malade, sans contrôle possible comme sans réalité.

Et Démocrite, « qui se creva les yeux parce qu'il ne pouvait voir une femme sans la convoiter! » (p. 90). Sans doute, comme dit Bayle, plusieurs auteurs rapportent cette sottise (2); mais ni Plutarque (3) ni les écrivains postérieurs n'ont pris cela au sérieux. Il faut y regarder à deux fois avant d'avaloir de pareilles bourdes. Un fait acquis, rapporté par tous les auteurs, c'est que le plus grand philosophe de l'antiquité, après Aristote, mourut octogénaire et voyagea beaucoup. Or, comme le remarque Bayle, « on ne s'avise guère d'entreprendre de grands voyages quand on est aveugle; et si ceux qui ont passé l'âge de quatre-vingts ans avaient besoin de s'aveugler, ce ne serait pas à cause que la vue des femmes allume en eux le feu de l'amour » (4). C'est un conte à dormir debout.

Mais le génie que j'ai le plus à cœur de dégager ici, c'est l'homme incomparable, demeuré encore aujourd'hui, comme au temps du Dante, le maître de ceux qui savent; le philosophe dont les œuvres, pendant plus de quinze siècles, ont alimenté les sources de la pensée humaine, — Aristote, en un mot, véritablement digne des louanges sans fin accumulées à tort, par la secte

(1) Christophe Colomb, de plus, aurait eu un fils « trigame », p. 212.

(2) Cicéron (*de Finibus*, lib. V) mentionne le fait, sans l'affirmer. Le seul Tertullien s'en empare pour en faire un exemple et démontrer la supériorité du christianisme sur la sagesse païenne (*Apologet.*, cap. 46).

(3) Plutarque. *Sur la curiosité*.

(4) Bayle. *Dictionnaire historique et critique*, art. « Démocrite », note L.

spiritualiste, sur le rhéteur bavard et rétrograde appelé Socrate. Si le Stagirite s'est, en effet, donné la mort, — et bien que l'âge constitue une excuse relative, — la tare apparaît, pourtant, dans une certaine mesure. Car, à part les grands et inéluctables suicides (1) des Arria et des Caton, le meurtre de soi-même est un acte avéré de folie, possible seulement chez les individus ayant perdu le sentiment ou l'instinct de la conservation; instinct sans lequel l'espèce humaine s'éteindrait à coup sûr, et dont la disparition constitue par conséquent un signe indéniable de trouble mental. Or, notre auteur se contente de dire que « la liste des grands hommes qui ont abouti au suicide est infinie (?) ; elle s'ouvre par les noms de Zénon, d'Aristote, etc. (p. 71) ». Et c'est tout. La question valait pourtant la peine d'être discutée, d'autant que l'accord est loin d'être parfait; c'est même tout le contraire.

« L'assertion d'Émélus et autres, et d'après laquelle Aristote se serait empoisonné, dit l'illustre Grote (2), semble être une invention suggérée par une analogie supposée avec la mort de Socrate. » Il y a bien une inscription relatant le fait de l'empoisonnement (3). Mais, des inscriptions, il faut en prendre et en laisser, — en dépit de certaines tanpes littéraires, experts en écriture ancienne, toujours prêts à vanter leur marchandise, au détriment de Thucydide et de Tacite. De fait, « cette inscription, dit très bien M. Chaignet, ne prouve pas qu'il se soit empoisonné, mais seulement que l'auteur a

(1) Les nombreux auteurs mystiques qui ont laissé aller tant de sottises à propos du suicide dans les temps romains, me paraissent n'avoir jamais réfléchi à une chose : c'est qu'à une époque où la puissance romaine avait réalisé, en quelque sorte, l'unité du genre humain, au moins du monde civilisé, il n'y avait pas, en cas de défaite, à s'expatrier pour échapper au vainqueur; le seul refuge était dans la mort.

(2) Grote. *Aristote*, t. I, p. 22. London, 1872.

(3) *Corpus. Inscript. græc.* de Bœckh, 2, n° 911, p. 580.

connu cette tradition et qu'il l'a acceptée » (1). Elias de Crète raconte d'autre part qu'Aristote se jeta dans l'Euripe de désespoir de n'avoir pu découvrir l'explication du phénomène des marées qui s'y produit ; autre fable, tout à fait ridicule celle-là, en dépit des atténuations et des raffinements introduits par différents Pères de l'Eglise, Justin, Grégoire de Nazianze et autres.

Dans tous les cas, il eût été convenable de faire connaître l'opinion adverse, émise par Apollodore (2), Aulu-Gelle (3), Denys d'Halicarnasse (4) et Censorinus — qui valent bien, ce semble, Eunéus, Mésychius, Elias de Crète et Justin — opinion d'après laquelle le philosophe serait mort, vers soixante-trois ans, d'une maladie d'estomac. *Hunc ferunt naturalem stomachi infirmitatem*, dit Censorinus, *crebrasque morbidum corporis offensiones adeo virtute animi sustentasse, ut magis mirum sit annos LXIII vitam protulisse quam ultra non protulisse* (5). Ce qu'il faut entendre évidemment : « Il supporta, à ce qu'on rapporte, une maladie naturelle de l'estomac — et diverses autres phénomènes morbides, fréquemment reproduits, — avec une telle constance, qu'il faut s'étonner de l'avoir vu prolonger sa vie jusqu'à soixante-trois ans, loin qu'il ait paru pouvoir dépasser ce terme. »

Il paraît donc certain qu'Aristote ne mourut pas par suicide ; que si même un doute pouvait subsister, au moins ce grand homme devrait-il en avoir le bénéfice (6).

(1) Chaignet. *Essai sur la Psychologie d'Aristote*, p. 42. Paris, 1883.

(2) Diog. Laert., V. 10.

(3) Aulu-Gelle. *Noct. attic.* XIII, 5.

(4) Denys d'Halicarnasse, *Ep. ad Amm.*, 5.

(5) Censorin. *De die natali*, 14.

(6) Quant à son prétendu bégaiement, il n'a pas plus de réalité. Il s'agissait simplement d'une sorte de grasseyement (τραυλότης)

On peut en dire autant de Zénon, que M. Lombroso range d'emblée, sans citations ni commentaires, parmi les suicidés (p. 71). « Les témoignages varient sur le genre de la mort, dit le savant Victor Leclercq, parlant du fondateur du stoïcisme. On dit que s'étant cassé un doigt par une chute en sortant du portique, il frappa la terre de sa main, pronouça ces mots de la Niobé d'Eschyle : « Je viens, pourquoi m'appelles-tu ? » et s'étouffa en retenant son haleine ; ou qu'il se laissa mourir de faim ; ou enfin, chose plus vraisemblable à son âge, qu'il mourut de vieillesse (1). » En effet, il avait quatre-vingt-dix-huit ans !

Beaucoup plus sérieux est le cas de Newton, sur lequel, d'ailleurs, M. Lombroso ne nous donne que de vagues renseignements. L'auteur des *Principia philosophica* était maigre (p. 10), célibataire (p. 27) ; il résolvait des problèmes en songe (p. 41) et, un jour, il lui arriva de bourrer sa pipe avec le doigt d'une de ses nièces (p. 55), ce qui décèle une grande patience chez cette bonne nièce ; de plus, il avait des vertiges, lesquels « comme on sait, ont des rapports étroits avec l'épilepsie » (p. 69). Oui, mais quelle sorte de vertiges ? Enfin, « en 1693, après le second incendie de sa maison, et à la suite d'excès d'étude, il tint des discours si

« que ses disciples imitèrent, dit M. Chaiguet, comme les courtisanes imitèrent la tête penchée d'Alexandre » (*loc. cit.*, p. 55).

(1) *Biographie universelle* (Michaud), art. « Zénon ».

Les gens qui affirment que Zénon s'est tué, d'après Diogène Laërte, feraient bien de lire celui-ci jusqu'au bout. Quelques lignes après le récit du suicide, l'auteur cite des vers « de sa façon », comme il l'indique et dont voici le sens : « On varie sur le genre de mort de Zénon de Citium ; les uns veulent qu'il finit sa vie épuisé d'années ; les autres soutiennent qu'il se laissa mourir de faim ; quelques autres prétendent que, s'étant blessé en tombant, il frappa la terre de sa main et dit : Je viens de moi-même, ô mort ! pourquoi m'appelles-tu ? » (Diog. Laërt., *Vie des Philosophes*, VII, 1). Comme on le voit, l'historien n'affirme rien du tout.

incohérents avec l'archevêque (*sic*), que ses amis s'en alarmèrent sérieusement.... Quelque temps après, il écrivit deux lettres qui, dans leur forme obscure et confuse, attestent à double titre comment, même dans la suite, il ne fut qu'imparfaitement guéri du délire de la persécution » (p. 117). Et encore : « ce fut probablement pendant cette maladie qu'il composa l'*Apocalypse*, la *Chronologie* », etc.

Voici les faits exacts, tels qu'ils sont rapportés par Biot. Le détail lui en fut communiqué par un M. Van Swinden, lequel aurait trouvé dans les papiers de Huyghens une note manuscrite, de la main de ce dernier et ainsi conçue : « Le 29 mai 1694, M. Colin (ou Colm ?), Ecossais, m'a raconté que l'illustre géomètre Isaac Newton, est tombé il y a dix-huit mois, en démence (*cecidiſſe in phrenesin*) soit par suite d'un trop grand excès de travail, soit par la douleur qu'il a eue de voir consumer par un incendie son laboratoire de chimie et plusieurs manuscrits importants. M. Colin a ajouté qu'à la suite de cet accident, Newton s'étant présenté chez l'archevêque de Cambridge et ayant tenu des discours qui montraient l'aliénation de son esprit, ses amis se sont emparés de lui et ont entrepris sa cure, et l'ayant tenu enfermé dans son appartement, lui ont administré bon gré, mal gré, des remèdes au moyen desquels il a reconvré la santé, de sorte qu'à présent, il recommence à comprendre son livre des *Principes* (1). »

On ne peut donc guère douter que Newton n'ait subi en 1694, c'est-à-dire à l'âge de cinquante-deux ans, une crise mentale sur la nature précise de laquelle il est difficile de se prononcer (2). Mais ce que je veux retenir, c'est le fait de l'éclipse, de la disparition du génie

(1) Biot, in *Biographie Michaud*, art. « Newton ».

(2) Moreau (de Tours) pense qu'il s'agit peut-être de la stupeur ou démence aiguë d'Esquirol.

du grand géomètre à partir de cette crise. Nous avons ici le témoignage irréfutable de Biot, d'un savant illustre dont la compétence ne saurait être discutée. « Ce fait d'un dérangement d'esprit, dit-il, quelle qu'en puisse être la cause, expliquerait pourquoi, depuis la publication du livre des *Principes* en 1687, Newton, alors âgé seulement de quarante-cinq ans, *n'a plus donné de travail nouveau sur aucune partie des sciences*, et s'est contenté de faire connaître ceux qu'il avait composés longtemps avant cette époque, en se bornant à les compléter dans les parties qui pouvaient avoir besoin de développement. Et l'on peut remarquer que ces développements mêmes paraissent toujours tirés d'expériences ou d'observations précédemment faites ; comme les additions à la seconde édition des *Principes* en 1713 et les expériences sur les plaques épaisses, sur la diffraction, ainsi que les questions chimiques placées à la fin de l'*Optique* en 1704 ; car, en rapportant ces expériences, *Newton dit formellement qu'il les a tirées d'anciens manuscrits qu'il avait autrefois composés* ; et il ajoute que bien qu'il sente la nécessité de les étendre ou de les rendre plus parfaites, il n'a pu se résoudre à le faire, ces matières étant désormais trop loin de lui (1). »

Le cas de Newton n'est donc pas encore de ceux qui rentrent dans la théorie du génie-folie, puisque chez lui l'apparition de la folie fut le signal de la disparition du génie. En vain, objecterait-on que cela ne prouve rien ; que le fait de la crise mentale décèle l'existence d'un cerveau « dégénéré », prédisposé, et que c'est précisément grâce à cette prédisposition à la folie que le génie a pu se manifester. Cela ne pourrait être allégué que dans le cas où ces états mixtes étant plutôt la règle — comme le prétend M. Lombroso — le génie paraîtrait, en

(1) *Ibid.*

quelque façon, conditionné par eux. Mais comme c'est précisément le contraire qui arrive, comme ces faits de coïncidence du génie avec la folie sont tout à fait exceptionnels, ainsi que nous le verrons, l'argumentation de nos adversaires tombe d'elle-même. Ce qui ressort de l'étude approfondie du cas de Newton, c'est que, précisément, ses immortelles déconvertes ont été faites dans le moment de la parfaite intégrité de son cerveau qui, ensuite, épuisé par l'effort et en raison peut-être d'une certaine prédisposition d'ailleurs très faible, commença à subir un processus de désintégration ; aussi, à la suite de sa crise mentale, l'auteur des *Principes* ne produisit-il plus rien d'important.

Il faut en dire autant de Vico, de Volta et de Linné ; les faits, ici beaucoup plus simples, ont été exagérés, dénaturés comme à plaisir. Ainsi, M. Lombroso a un chapitre intitulé : « Hommes de génie aliénés », avec ce sous-titre : Vico, Montanus, Harrington, etc. Or, il ne dit rien de Vico, sinon « qu'il termina par la démence une glorieuse carrière » (p. 100). Et en voilà encore un de classé ! Mais le fait d'avoir présenté des signes d'affaiblissement sénile, à soixante-quinze ans, ne peut véritablement être assimilé à la folie proprement dite (1). De même pour Linné, frappé d'apoplexie à soixante-sept ans, et Volta à soixante-dix-huit (2). C'est un étrange abus que d'établir d'emblée une relation entre la folie et l'hémorragie cérébrale ; d'ailleurs, quand ils furent ainsi annihilés, ces trois grands hommes avaient terminé depuis longtemps les travaux qui les ont immortalisés.

On peut en dire autant de Haller qui, vers la fin de sa vie, tomba dans un véritable abrutissement reli-

(1) *Vita di G.-B. Vico* : appendice de Viilarosa, in *Opere di G. Vico*, t. IV, Milano, 1836.

(2) Voy. *Nouvelle Biographie nouvelle*, par Hœfer. Paris, Didot, art. « Linné » et « Volta ».

gieux (1) et se gorgea d'opium pour calmer la douleur de ses accès de goutte.

En somme et tout bien examiné, il ne reste à l'actif de la théorie lombrosienne, sur cent quarante-six philosophes et savants de génie, que Socrate, Pascal, Auguste Comte et Schopenhauer.

Leur cas sera examiné plus loin, quand un triage analogue aura été opéré pour les deux autres catégories.

(*A suivre.*)

(1) « Son père, dit Galton, appartenait à une famille *héréditairement pieuse* » (*loc. cit.*, p. 213).

Pathologie

ÉPIDÉMIE DE FOLIE RELIGIEUSE AU BRÉSIL

Par le D^r NINA RODRIGUES

Professeur de médecine légale à la Faculté de Bahia.

I

Si pour faire un récit fidèle des événements qui se déroulent aux « Canudos », l'historien est obligé d'attendre l'issue de la lutte qui y est actuellement engagée, l'homme de science peut, sans plus attendre, en étudier les causes et les effets (1).

Les antécédents de cette situation, la stratification sociale et ethnique où la folie d'Antonio Maciel a creusé les fondements de sa puissance matérielle et spirituelle presque indestructible, sont dès aujourd'hui franchement accessibles à toutes les investigations scientifiques.

Ce ne sera certainement pas la figure anachronique

(1) Une dépêche télégraphique, qui vient d'arriver, annonce la prise de la redoute des Canudos et la mort d'Antonio Conselheiro, dont le cadavre a été trouvé enterré dans le sanctuaire d'une église colossale en construction. Mais cela ne modifie en rien les opinions émises au cours de cette étude. Bien au contraire, la mort d'Antonio Conselheiro, tombé à son poste de combat quand il lui eût été si facile de fuir et de se retirer sur un point stratégique encore mieux choisi, est une nouvelle confirmation de sa psychose.

d'Antonio Conselheiro qui doit occuper le premier plan du tableau à tracer. La folie dont il est atteint est bien connue dans ses moindres détails et peut toujours être diagnostiquée, même avec des données tronquées et incomplètes, comme le sont celles que nous possédons sur l'histoire personnelle de cet aliéné.

Dans la phase sociologique que traversent les populations nomades et guerrières de nos *Sertões* (1); dans la crise sociale et religieuse par où elles passent, on trouvera, en fouillant, le secret de cette croyance inébranlable, de cette foi antique où la préoccupation mystique du salut de l'âme rend toutes les privations supportables, toutes les souffrances glorieuses, tous les martyres dignes d'être ambitionnés.

C'est encore à cette foi que l'avenir demandera non seulement le secret de cette influence morale, de ce prestige qui l'emporte sur celui du clergé catholique, mais encore de cette bravoure spartiate qui a permis à quelques centaines de paysans grossiers de résister à une armée régulière et expérimentée dont la tactique, la valeur et les efforts ont été brisés dans les chocs qui ont eu lieu.

Assurément Antonio Conselheiro est tout simplement un aliéné. Mais sa folie est de celles où la fatalité inconsciente de la maladie enregistre avec une sûreté, une précision mathématique le réfléchissement, sinon d'une époque, du moins du milieu où elles sont nées.

« Le facteur sociologique, souvent négligé en pathologie mentale, ont écrit très judicieusement deux auteurs bien connus en matière de psychiatrie (2),

(1) On désigne, au Brésil, sous le nom de *sertão* (au pluriel *sertões*) l'intérieur du pays.

(2) A. Marie et Ch. Vallon. *Des psychoses à évolution progressive et systématisation dite primitive*. (*Arch. de neurologie* 1896, p. 479).

« nous semble avoir une importance non moindre en ce
« qui concerne l'aliéné qu'en ce qui concerne le criminel.
« Les progrès de l'anthropologie ont démontré son im-
« portance majeure. Cette influence des milieux sur les
« psychoses nous paraît nettement démontrée en parti-
« culier par les psychoses mystiques ; les caractères
« différentiels que le délire emprunte aux temps, aux
« lieux et aux croyances ambiantes, loin d'être super-
« ficiels et de pure forme, apparaissent d'autant plus
« profonds qu'on les étudie de plus près. »

C'est en l'examinant à travers ce prisme, que la cristallisation du délire d'Antonio Conselheiro réfléchit les considérations sociologiques du milieu où elles se sont formées pendant la troisième période de sa psychose progressive. Dans le cas d'Antonio Conselheiro, le diagnostic de délire chronique (Magnan), de psychose systématique progressive (Garnier), de *paranoia primaria* des Italiens, etc., ne demande pas plus pour s'affirmer que la longue systématisation de presque trente ans et la transformation contemporaine du simple envoyé divin dans le propre fils de Dieu.

D'ailleurs, les trois phases que l'histoire d'Antonio Conselheiro a traversées coïncident rigoureusement avec les trois périodes admises dans la marche de la psychose primitive.

Jusqu'au moment de son intervention à Bahia, la vie d'Antonio Maciel, telle que la raconte M. João Brigido, du Ceará, constitue la première période.

Né à Quixaramobim, État du Ceará, il se nomme Antonio Vicente Mendes Maciel. Son père, qui avait été propriétaire et négociant aisé, lui a laissé, en mourant, la charge de trois sœurs célibataires, et la direction d'une maison de commerce peu solide. Les sœurs de Maciel mariées, celui-ci s'établit à son tour en épousant une de ses cousines. « Son mariage, dit l'auteur de sa biogra-

« phie, fut un désastre. Peu de temps après la célébration, les deux époux vivaient déjà en fort mauvaise intelligence avec la belle-mère parce qu'elle excitait sa fille et la poussait à le maltraiter. » Antonio Maciel mit fin à son commerce et liquida ses affaires.

En 1859, il quitta Quixaramobim et alla demeurer à Sobral, où il entra chez un négociant en qualité de commis. De là il partit pour Campo Grande et exerça dans cette localité la charge de greffier de paix. Il abandonna encore cet endroit pour aller vivre au village du Jpú où un sergent de la police suborna sa femme. Aussitôt après il se retira au village du Crato, d'où il partit pour aller parcourir les *Sertões* de Bahia.

On dit que pendant son voyage pour le Crato, lors de son passage à Paos Brancos, il fut pris d'une accès de folie au cours duquel il blessa un de ses beaux-frères qui lui avait offert l'hospitalité.

Les dissensions continuelles avec sa femme et sa belle-mère, les changements successifs d'emploi et de résidence, l'agression à laquelle il s'est livré sur la personne d'un parent qui était son hôte, les voies de fait et les blessures qui en ont été la suite, il n'en faut pas davantage pour reconnaître l'orgaïsation du délire chronique à ses débuts, sous la forme du délire de persécution.

La phase initiale de sa folie, la période d'inquiétude, d'analyse subjective ou de folie hypocondriaque nous échappe rigoureusement dans l'histoire d'Antonio Maciel, faute de renseignements plus complets, plus intimes sur sa vie au foyer domestique. Il est néanmoins facile de voir l'influence des hallucinations et la recherche de la *formule de son délire* dans ce que nous savons de ses luttes conjugales et surtout de ses changements de résidence et d'emploi si souvent répétés. Cette sorte de réaction chez les délirants chroniques est si caractéris-

tique, que Foville a appelé *aliénés migrants* ceux qui demandent en vain à des changements successifs et fréquemment répétés, un refuge, une protection contre l'implacable persécution que leur font subir sans cesse leurs propres hallucinations auxquelles rien ne pourra les soustraire, si ce n'est l'affranchissement de leur pauvre esprit malade.

Lorsqu'il pénétra dans les *Sertões* de Bahia, vers l'année 1876, Antonio Maciel portait à nu déjà la formule de son délire. Et le baptême d'Antonio Conselheiro, nom sous lequel le ministre ou envoyé de Dieu initie sa carrière de missionnaire et de propagateur de la foi, était à peine le premier jet de la folie religieuse qui devait le pousser et l'élever à la hauteur de Bon Jésus Conseiller, dans la phase mégalomaniacque actuelle de sa psychose.

Revêtu d'une longue tunique bleue, à la manière des moines, ceint d'une grosse corde, déchaux, un rustique bâton de pèlerin à la main, il entreprend des missions calquées sur celles que font tous les ans dans nos *Sertões* des religieux de tous les ordres et qui diffèrent autant de ce que devrait être une pratique vraiment chrétienne qu'« un vieux livre ascétique, plein de figures de diables
« et de damnés, diffère du livre de prières parfumé et
« riche d'une belle dame, que les prédicateurs mélodramatiques d'un missionnaire diffèrent des conférences spirituelles du Père Agostino de Montefeltro (1) ».

En prêchant contre le luxe et contre les franc-maçons, en faisant brûler sur les routes tous les objets qui ne sauraient convenir à une vie rigoureusement ascétique, Antonio Conselheiro dérange extraordinairement

(1) Alimena : *I limiti e i modificatori della imputabilità*. Vol. primo; 1894; p. 239.

rement] la vie pacifique des populations agricoles de la province, car il les détourne de leurs occupations habituelles et les dirige vers une vie errante et de communisme, où les plus aisés doivent céder une partie de leurs ressources au profit des moins favorisés de la fortune.

Bien accueilli par quelques curés, en lutte ouverte avec d'autres, au bout de quelques mois de propagande, il est appréhendé et conduit au Ceará, sous l'inculpation d'un crime commis dans sa province natale. A ce moment déjà, la cohérence logique du délire se révélait fort bien dans la transformation de la personnalité du fou.

La foule qui le suivait voulut s'opposer à son arrestation ; mais, pareil au Christ, il ordonne à ses sectaires de ne pas bouger et se rend à la force publique en affirmant à ses disciples qu'il marcherait, mais qu'il reviendrait un jour.

Son imperturbabilité et la sérénité de sa conduite sont des faits bien significatifs, rapportés par des témoins de l'interrogatoire qu'il a subi ici.

A l'autorité qui, dans le but de les faire punir, lui demandait quels étaient les gardes qui l'avaient maltraité physiquement pendant le voyage, Antonio Conselheiro se borna à répondre que le Christ avait souffert plus que lui. Aux questions multiples qu'on lui adressait sur sa conduite et sur ses actes, il répondait, sur le ton d'une sentence évangélique, qu'il ne « s'occupait qu'à ramasser des pierres sur les routes pour élever des églises ».

L'autorité judiciaire du Ceará l'ayant reconnu innocent du crime qu'on lui imputait, il est mis en liberté et revient aussitôt au milieu de ses ouailles ; et, d'après le dire général, le jour de son arrivée coïncida précisément avec celui qu'il avait marqué pour son retour.

Il pénètre de plus en plus dans son rôle d'envoyé de Dieu et poursuit, depuis lors, imperturbable, ses missions jusqu'à l'avènement de la République, en 1889.

Cet événement politique devait influencer puissamment sur le développement du prestige d'Antonio Conselheiro, en faisant entrer sa psychose progressive dans la troisième période. Il augmenta le délire religieux de l'aliéné en donnant plus de corps à l'idée de persécution qui l'a toujours poursuivi, comme c'est la règle dans sa psychose, quand il réagissait contre les francs-maçons et autres ennemis de la religion. Depuis lors, il les identifie à la forme du gouvernement qu'il attaque, parce que la République ne représente pour lui qu'un acte de ses adversaires naturels.

Les grandes réformes décrétées par la République naissante, telles que la séparation de l'Eglise et de l'Etat, la sécularisation des cimetières, le mariage civil, etc., étaient, en effet, des actes de nature à justifier cette identification.

La forme républicaine du gouvernement personnifiant l'ennemi à combattre, Antonio Conselheiro se déclare monarchiste. Les lois impériales et les actes dressés au temps de la monarchie continuèrent à prévaloir dans la région où il dominait. On refuse la monnaie qui représente les attributs de la République, et celle qui porte l'effigie du monarque déchu est seule acceptée. Il conseille ouvertement de refuser au gouvernement républicain le paiement des impôts, comme aussi de nier toute valeur aux actes de l'état civil qui ne seraient pas dressés d'accord avec les lois religieuses. Secondé par le clergé catholique du pays dans la lutte engagée contre ces réformes, appuyé par les croyances monarchiques et religieuses de la population de l'intérieur, le prestige d'Antonio Conselheiro atteint son apogée.

Le certificat de son activité pendant ce temps, la

force de la conviction religieuse qu'il a éveillée, tout est écrit sur le vif dans les paroisses de l'intérieur de cet Etat, dans les innombrables cimetières, églises et chapelles qu'il y a édifiés.

Le troupeau de fidèles qui le suivait, rempli d'une foi aveugle dans sa sainteté, qui était déjà un dogme incontesté, se compte alors par des milliers de personnes. Et la renommée qui accompagne ses miracles s'étendant dans les *Sertões* infinis des Etats du Nord et du centre du pays, les croyants et les dévots accourent en foule des points les plus éloignés en continuelles et interminables caravanes, pour entendre la parole inspirée du prophète, chercher l'absolution de leurs péchés et obtenir, dans la phase tourmentée et agitée que traverse le pays, l'acquiescement de leur conduite et de leurs crimes ; car c'est là le moyen de mieux adoucir ou désarmer la colère divine provoquée par l'ingratitude dont on avait usé envers le vieux monarque tombé, le moyen de gagner au moins les bonnes grâces de Dieu et le bonheur céleste, l'espérance de les trouver ici-bas étant perdu.

La cohérence de son délire est démontrée par la conviction avec laquelle il remplit son rôle d'envoyé de Dieu.

Le mépris des préoccupations mondaines l'emporte jusqu'à faire abstraction de tous les soins hygiéniques du corps ; sa vie se rattache le moins possible à la contingence des mortels. Antonio Conselheiro ne dort pas, ne mange pas ou presque pas.

Son existence est une prière continuelle, comme est continuel aussi son entretien avec Dieu, sûrement dû à des hallucinations.

Tout le monde s'accorde à reconnaître que, dans la multitude qui le suivait, il n'a jamais permis des attentats contre les personnes ou la propriété, qu'il n'a même jamais favorisé ces attentats.

A l'insubordination contre le pouvoir civil succéda la révolte contre les pouvoirs ecclésiastiques.

Des mésintelligences s'étaient élevées entre quelques curés et Antonio Conselheiro, lorsque celui-ci avait commencé ses missions. Elles se sont accentuées par la reconnaissance du gouvernement républicain par le clergé.

Il était arrivé à vivre en parfaite amitié avec les curés de quelques paroisses; mais, après la reconnaissance de la République, un désaccord nouveau et profond s'éleva entre eux. On raconte que quelqu'un lui ayant objecté que le gouvernement républicain n'était pas aussi maçonnique qu'on voulait bien le dire, puisque le Pape avait engagé le clergé français à le reconnaître, il répondit que si le Pape avait eu effet donné semblable conseil, il avait mal agi.

En dernier lieu le schisme devint franc, ouvert, et l'accord impossible entre lui et les autorités ecclésiastiques.

Au cours de ces dernières années on essaya d'une mission de catéchisme parmi les adeptes d'Antonio Conselheiro; mais devant l'accueil, sinon tout à fait hostile, du moins fort réservé, que leur fit ce dernier, les frères capucins, à qui l'on avait confié cette mission, durent finir décidément en présence de l'attitude franchement hostile et menaçante des disciples et de la tourbe du prophète. Ils déclarèrent à leur retour que seule l'intervention matérielle des pouvoirs civils pourrait mettre fin à cette situation anormale.

Il semble que l'enseignement religieux des temps présents n'a pu obtenir d'une population naturellement portée à la générosité et inclinée vers la religion, ce que celui des temps passés a obtenu de l'Indien farouche, du cannibale, dans la profondeur des forêts vierges du Nouveau-Monde, malgré l'ignorance absolue des mœurs et

de la langue des aborigènes, rendus plus irrités et plus féroces par les persécutions des conquérants.

Détruire des récalcitrants à coups de fusil est une tâche vraiment plus facile et plus rapide que de les convertir par la lente persuasion de la religion. Cependant le besoin de rappeler au plus vite la grande masse de peuple qui suivait Antonio Conselheiro à l'obéissance des lois de la République que ni lui ni ses sectateurs ne voulaient admettre et observer, fit prévoir à tout le monde que la lutte passerait forcément de la simple propagande par la parole à l'action des armes. Après l'insuccès de plusieurs petites expéditions de police, Antonio Conselheiro abandonna le village de Bom Jésus, édifié presque en entier par lui, et, pénétrant plus avant dans l'intérieur, il alla établir son quartier général de propagande aux Canudos, lieu désert et abandonné, que, dans un court espace de temps, il avait transformé en un village florissant et riche, formant une espèce de redoute de difficile accès où il se retrancha.

Semblable au Christ, Antonio Conselheiro était suivi de douze apôtres qui étaient à la fois ses ministres et ses généraux. Ils avaient réussi à instituer aux Canudos une espèce de gouvernement patriarcal de type religieux, avec des lois qui frappaient les délinquants de peines civiles, de prison, etc.

On affirme qu'ils étaient arrivés à établir l'ordre et à maintenir une harmonie parfaite au sein d'une population composée de plusieurs milliers d'individus qui avaient adhéré à leurs doctrines.

Lorsque le pouvoir, poussé d'ailleurs par la nécessité, se vit obligé de rendre effective l'obéissance à la loi, Antonio Conselheiro se trouvait déjà admirablement préparé pour la résistance, tant par la nature du lieu que par les travaux effectués. Trois expéditions ont successivement échoué aux Canudos, où l'armée brési-

lienne a éprouvé des pertes douloureuses et subi de lamentables revers. D'abord 100 hommes, commandés par le sous-lieutenant Pirès Ferreira, ont été mis en déroute à Uauá. A cette expédition en succéda une autre, forte de 500 hommes, sous les ordres du chef de bataillon Febronio de Britto, laquelle fut également battue au mont Cambaio et qui dut effectuer une retraite très dangereuse.

Une troisième enfin, composée de 1,500 hommes, a été enluttée aux Canudos, où son chef, le colonel Moreira Cezar, a trouvé la mort. Aujourd'hui l'armée brésilienne, en grande partie engagée, se bat depuis déjà trois mois au même endroit. Les hôpitaux regorgent de blessés ; le nombre des officiers supérieurs tués est fort élevé et on ne sait pas encore au juste quand s'achèvera la lutte.

Il faut quelque chose de plus que la démence d'un homme pour arriver à ce résultat, et ce quelque chose c'est la psychologie de l'époque et du milieu où travaille la folie d'Antonio Conselheiro, trouvant du combustible pour alimenter l'incendie d'une véritable épidémie de folie.

II

Les lois qui régissent les manifestations épidémiques de la folie sont précisément les mêmes que Lasègue et Falret ont formulées, dès 1877, pour le cas le plus simple de la contagion vésanique, le cas de délire à deux.

Ces lois reposent sur trois principes ou bases.

D'abord l'existence d'un élément actif qui crée le délire et l'impose à la foule qui représente l'élément passif de la contagion. En acceptant d'ailleurs les idées délirantes, la foule réagit à son tour sur l'élément actif en rectifiant, corrigeant et coordonnant le délire qui alors seulement devient commun.

En second lien, il est indispensable qu'il y ait une connivence prolongée des deux ordres d'esprit, vivant d'une vie commune dans le même milieu, partageant la même existence, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, les mêmes craintes, les mêmes espérances et étrangers à n'importe quelle autre influence extérieure.

Puis, enfin, la contagion du délire exige de celui-ci un caractère de vraisemblance, son maintien dans les limites du possible, reposant sur des événements accomplis dans le passé ou bien sur des craintes ou des espérances conçues pour l'avenir.

Aux Caundos, le représentant de l'élément passif c'est le *jagunço* qui, en corrigeant la folie mystique d'Antonio Conselheiro et eu lui prêtant les nuances des questions politiques et sociales du moment, a créé, rendu plausible et donné matière au contenu du délire, et lui a communiqué le pouvoir de faire vibrer la note ethnique des instincts belliqueux ataviques mal éteints ou à peine étouffés, dans le milieu social hybride de nos *Sertões*, dont le fou aussi bien que les contaminés sont les fidèles et légitimes créatures.

Là se trouvaient, en effet, admirablement réalisées, toutes les conditions pour une constitution épidémique de la folie.

Le *jagunço* est un produit aussi métis au physique qui reproduit les caractères anthropologiques combinés des races dont il est issu, qu'hybride dans ses manifestations sociales, représentation presque inviable de la fusion de civilisations fort inégales.

Du côté ethnologique, n'est pas *jagunço* tout et n'importe quel métis brésilien. Le *jagunço* est rigoureusement représenté par le métis du *Sertão* qui a su adapter aux conditions sociales de la vie libre et de la civilisation rudimentaire des centres qu'il habite, les qualités viriles de ses ancêtres sauvages, indiens ou nègres. Le métis

du littoral est bien différent. L'eau-de-vie, la lutte pour la vie plus intellectuelle que physique, une civilisation supérieure aux exigences de son organisation physique et mentale, l'ont affaibli, abâtardi, en accentuant la note de dégénérescence qui résulte du simple croisement de races anthropologiquement fort différentes. Tout cela a créé, conformément à une règle générale qui peut bien souffrir quelques exceptions, ces types de *bons à rien* sans virilité, qui commencent aux dégénérés inférieurs, véritables produits pathologiques, pour finir à ces talents si faciles, superficiels et verbeux autant qu'*aboutiques* et improductifs, chez qui les étincelles d'une intelligence vive et les élans d'un vol lourd et de peu d'étendue s'allient au défaut d'énergie et même d'équilibre moral parfait.

Chez le *jagunço*, au contraire, se révèlent le caractère indomptable de l'Indien sauvage, le goût pour la vie errante et nomade, la résistance aux souffrances physiques, à la faim, à la soif, aux intempéries ; un penchant décidé pour les aventures guerrières qu'il fait naître sous le moindre prétexte ; il est toujours prêt et résolu pour les razzias des villages et des penplades, pour les déprédations à main armée, pour les incursions de tout genre que les intérêts de celui qui le dirige, les exigences de la basse politique et les ambitions de certains aventuriers font succéder, presque sans solution de continuité, sur toute la vaste étendue des zones peu habitées du pays.

Il faudrait ne pas connaître notre propre pays pour croire que dans ces larges régions l'existence de la civilisation européenne est plus que nominale. Là, ce qui domine, c'est un compromis entre les tendances à une organisation féodale du côté de la bourgeoisie aisée, et la lutte des représailles des tribus barbares ou sauvages du côté des masses populaires.

Toutes les grandes institutions qui, dans l'état actuel

de la civilisation garantissent la liberté individuelle et assurent l'égalité des citoyens devant la loi, qu'elles soient politiques, comme les droits électoraux, l'autonomie de l'administration municipale, etc. ; qu'elles soient judiciaires, comme le fonctionnement régulier des tribunaux, tout cela est mal compris, sophistiqué, annulé même dans ces lointains parages. Ce qui prédomine et règne souverainement c'est la volonté, ce sont les sentiments ou les intérêts personnels des chefs, des roitelets ou des despotes locaux, devant lesquels les garanties premières de la liberté individuelle, toutes les formes régulières de procédure, fléchissent ou se transforment en moyens de persécution contre des innocents, quand ceux-ci sont des adversaires, ou bien s'oblitérent au profit de criminels, quand ceux-ci sont des amis. Et le plus souvent l'exécution de cette volonté souveraine et les procédés employés ne diffèrent en rien de ceux qui étaient en usage chez les sauvages qui ont possédé ce pays avant les conquérants européens.

Anciennement, ces seigneurs féodaux étaient les grands éleveurs, c'est-à-dire les éleveurs riches ou aisés, les propriétaires de sucreries, etc. ; actuellement, ce sont surtout les chefs politiques locaux, les amis du gouvernement, les fabricants d'élections fantastiques.

La lutte entre les hommes en possession du pouvoir et ceux qui le leur disputent, admirablement organisée au temps de la monarchie par le mouvement alternatif des deux partis constitutionnels qui se succédaient au gouvernement, l'est mieux encore aujourd'hui par les intrigues et les tripotages des camarillas qui entourent les gouvernements centraux. La population des *Sertões*, où on a semé la division, se partage en deux groupes opposés et rivaux, en deux camps ennemis, commandés par de vrais roitelets, dont les *jagunços* représentent tout au plus l'armée, la force matérielle.

Cette situation, que le *jagunço* n'arrive même pas à comprendre mais dont il finit toujours par être la victime, parce qu'il est le responsable légal, lui offre toutefois l'occasion de satisfaire ses instincts guerriers. C'est toujours dans ces luttes politiques ou personnelles que se sont révélées les qualités ataviques du métis. Dévoué jusqu'à la mort, tuant ou se faisant tuer, sans même savoir pourquoi, sa bravoure au combat n'a jamais été surpassée; sa tactique et son habileté de guérillero, mises en pratique avec un art consommé, rappellent les luttes héroïques des aborigènes contre les envahisseurs européens.

Ces qualités qui aujourd'hui jettent un si vif éclat sur les combats qui se livrent aux Canudos, ne sont donc pas particulières aux troupes d'Antonio Conselheiro, elles sont la caractéristique du *jagunço*.

Ainsi que Villa-Nova et João Abbade, Gumerindo Saraiva, le redoutable capitaine qui, des pampas de Rio Grande do Sul, vint à la tête de ses hordes frapper aux portes de Saint-Paul, était un *jagunço*; Montalvaô, l'intrépide général des guérillas d'Andarahy, est un *jagunço*; les Araujo et les Maciel, du Ceará, les Ledas et les Araujo, de Grajahú, dans le Maranhão, et un peu partout tous les guérilleros des *Sertões* de tout le Brésil l'ont été.

Sous le point de vue belliqueux, Canudos n'est donc autre chose et rien de plus qu'un cas semblable aux attaques de Chique-Chique, Andarahy, Cochó, Brejo-Grande, Lençoês, Belmonte, Cannavieiras, etc., dans l'État de Bahía; de Carolina, Grajahú, dans le Maranhão et de mille autres localités des États de Goyaz, Peruambouc, Minas-Geraes, etc.

Mais pour bien comprendre l'influence que le cas de Canudos devait exercer sur cet élément belliqueux, il faut considérer que c'est là la première lutte engagée

au Brésil au nom des convictions monarchiques, chères aux habitants des *Sertões*.

Pour admettre que le sentiment politique de l'enfant du *sertão* pût être tout autre, il faudrait nier l'évolution politique et admettre que les peuples les plus arriérés, les plus incultes, puissent, sans y être autrement préparés, comprendre, accepter et pratiquer les formes de gouvernement les plus libérales et les plus compliquées.

La population des *Sertões* est et sera monarchiste pendant longtemps encore, parce que dans l'état inférieur d'évolution sociale où elle se trouve, la capacité mentale nécessaire pour comprendre et accepter la substitution du représentant concret du pouvoir par l'abstraction qui l'incarne — la loi — lui fait défaut. Ces populations ont instinctivement besoin d'un roi, d'un chef, d'un homme qui les dirige, qui les conduise, et pendant longtemps encore le président de la République, les présidents des États, les chefs politiques locaux seront leur roi, de même que dans leur infériorité religieuse le prêtre, les images, continuent d'être leurs dieux. Ils seront monarchistes comme ils sont fétichistes, moins par ignorance que par un développement intellectuel, éthique et religieux, insuffisant ou incomplet.

Il serait puéril d'exiger que ces populations comprennent que la fédération républicaine est la condition, la garantie de la future unité politique d'un pays vaste où forcément concourront des peuples fort différents de caractère, de mœurs et de besoins, ce qui réclame une élasticité d'action que ne pourrait offrir la centralisation gouvernementale de la monarchie. Ce qu'on ne peut exiger d'eux, c'est qu'ils reconnaissent que les difficultés du moment sont la conséquence naturelle de la transformation de notre organisation politique, et

qu'elles représentent les essais et les tentatives dans la recherche de la direction gouvernementale qui conviendra le mieux à la nation. Pour cette population, la monarchie était la vie facile, les vivres à bon marché ; la république est au contraire la cherté des produits alimentaires, la lutte contre un change détestable, la vie onéreuse et difficile. Son raisonnement ne va pas au delà.

A son tour, ce n'est pas un privilège de Cannudos que la tendance à se transformer en une épidémie vésanique de caractère religieux.

III

Si les études que j'ai publiées sur la religiosité fétichiste de la population bahianaise ne fournissaient pas d'ores et déjà des documents suffisants pour juger la crise où se débat son sentiment religieux, c'est-à-dire le conflit élevé entre l'imposition, au moyen de l'éducation que reçoit la population, d'un enseignement religieux supérieur à sa capacité mentale, et sa tendance aux conceptions religieuses inférieures que requiert sa capacité effective réelle, ce qui se passe en ce moment dans cette ville relativement à l'épidémie variolique intense qui la frappe sans pitié et qui vient corroborer nos vues suffirait amplement pour nous éclairer.

L'esprit le moins observateur ne peut parcourir la ville, pour mieux disposé qu'il soit à ne pas voir les ordures qui s'évalent dans ses rues, sans remarquer les grains de maïs grillés mélangés à de l'huile de palme qui se trouvent, pour ainsi dire, à chaque coin de rue.

Dans une seule journée où les exigences de la clientèle m'obligèrent à parcourir une bonne partie de la zone la plus violemment attaquée par la variole, il m'a été donné de compter vingt et quelques de ces étranges dépôts faits pendant la nuit précédente.

Ce fait se lie étroitement à une croyance fétichiste profondément enracinée dans notre population. L'éruption variolique ne représente pour elle qu'une manifestation de possession par l'*Orisá Saponan, Homonolú, Abaluaé*.

De cette conception découlent des croyances populaires qui se changent en obstacles insurmontables à l'application régulière des mesures sanitaires prophylactiques.

La population de couleur méprise la vaccine, parce qu'elle est convaincue que le meilleur moyen de calmer la colère de l'*Orisá*, c'est de lui offrir des sacrifices en jetant dans les coins des rues qu'il habite son mets favori, des grains de maïs grillés, mélangés à de l'huile de palme.

Bien des gens croient qu'ils sont suffisamment garantis en portant du maïs ainsi préparé dans les poches, ou en en plaçant sous leur lit. Et pis que tout cela, c'est la conviction imposée par le rite Yorubain, que le saint ou *Orisá* exige que loin de fuir, tout le monde s'approche de lui. La thérapeutique née de ces croyances n'est pas plus compliquée que cela ; il suffit de donner au malade ce qu'il faut pour nourrir le saint : de la farine de maïs et de l'huile de palme. On dit même que les négresses en viennent à oindre le corps de leurs malades avec l'huile divine.

Comme preuve d'efficacité de cette thérapeutique, on m'a rapporté que pendant la convalescence d'un enfant d'un médecin métis, laquelle avait été atteinte de variole confluyente grave, la petite fillette descendait de son lit et ingérait impunément de la farine de maïs mélangée d'huile de palme qu'on avait déposée sous sa couche, en offrande à *Saponan*. Or, si dans la population de la capitale des pratiques et des doctrines de cette nature ont cours, on peut se faire une idée exacte

de ce que peut être la religion des habitants des *Sertões*. Pour ceux-ci, les abstractions religieuses sont au-dessus de leurs forces. La nécessité d'une divinité tangible et matérielle s'impose avec assez de puissance pour détruire le prestige d'une foi dont l'histoire a été apprise par cœur, mais qui, trop transcendante, ne peut leur créer l'émotion du sentiment religieux.

« A chacun des degrés de leur évolution, a dit Herbert Spencer, les hommes doivent penser avec les idées qu'ils possèdent. Tous les changements qui attirent leur attention et dont ils peuvent observer les origines ont des hommes et des animaux pour antécédents ; par suite, ils sont incapables de se figurer les antécédents en général sous d'autres formes et ils donnent ces formes aux puissances créatrices. Si l'on veut alors leur enlever ces conceptions concrètes pour leur donner la place des conceptions comparativement abstraites, leur esprit n'aura plus de conceptions du tout, puisque ces conceptions nouvelles ne pourront être représentées dans l'entendement. Il en a été de même à chaque époque de l'histoire des croyances religieuses, depuis la première jusqu'à la dernière. »

Je crois avoir démontré, avec faits à l'appui, que la population brésilienne est purement et simplement fétichiste, même lorsqu'elle affirme des convictions catholiques.

La divinisation d'Antonio Conselheiro devait donc donner pleine satisfaction aux besoins de son sentiment religieux. C'était la satisfaction de son fétichisme instinctif, combiné avec l'éducation religieuse chrétienne que cette population reçoit dès le berceau, sans cependant se l'assimiler suffisamment. Ainsi s'explique la facilité avec laquelle Antonio Conselheiro a pu supplanter le prestige du clergé, parce que ce prestige a été

invariablement supplanté chaque fois que le clergé a eu à combattre une *tournure* fétichiste plus scandaleuse donnée par la population aux pratiques du culte catholique.

Une fois déjà nous avons démontré l'impuissance des condamnations prononcées par le clergé dans le but de mettre fin à un vrai pèlerinage fétichiste à S. Antonio da Barra ici même, à Bahia.

Egalement impuissantes ont été les mesures répressives employées pour empêcher la population d'aller en foule assister aux actes divins célébrés dans l'église de N.-D. de la Chandeleur par un prêtre interdit.

De tous les exemples que l'on pourrait citer, le plus grave est celui que nous fournit l'abbé Cicero, du Joazeiro, dans le Ceará.

Voici comment la « *Cidade do Salvador* », journal très estimé et organe catholique de cette ville, décrit ce fait dans un article publié sous ce titre expressif : « Opiniâtreté ».

« Le peuple dit qu'il voit l'hostie sacrée se changer
« en sang dans la bouche de la dévote et jure que Dieu
« a étendu sa puissance et sa miséricorde sur ces parages.

« Des bandes de pèlerins qui ont abandonné leurs
« foyers, accourent de tous les lieux circonvoisins pour
« assister au miracle.

« L'autorité ecclésiastique intervient, examine mûrement la question, la regarde sous toutes ses faces,
« l'étudie avec attention et, après des recherches prolongées, décide que le fait qui avait eu tant de retentissement n'était qu'une farce, une ruse, une jonglerie
« qu'il fallait démasquer.

« L'autorité diocésaine se donne un grand travail et
« fait les plus grands efforts pour chasser de l'âme de
« ce peuple crédule et exalté la fausse persuasion de
« ce miracle.

« La question est soumise à Rome ; le verdict de
« l'Evêque est confirmé.

« La dévote se retire dans une maison religieuse ; on
« interdit le prêtre, celui-ci s'obstine dans son erreur ;
« on défend d'ajouter foi au fait miraculeux, mais le
« peuple persiste dans sa croyance au miracle.

« Le prêtre interdit continue à habiter la même loca-
« lité où il est regardé comme la victime d'une intolé-
« rance captieuse ; et tout cela est la source de nou-
« veaux inconvénients.

« Et voilà comment un prêtre qui est obligé, par
« son caractère, de révéler la voix de l'Eglise, de veiller
« à l'intégralité de sa doctrine et de la défendre, d'obéir
« et de se soumettre aux décisions de ses supérieurs
« hiérarchiques, est un objet de scandale dans une
« paroisse et peut-être (qui sait ?) dans tout le Brésil ;
« il est la tête d'une révolte funeste et fatale, le pro-
« vocateur d'un schisme latent et dangereux qui, s'il
« n'est pas comprimé, étouffé, apportera des jours
« d'amertume pour la Sainte Eglise et pour la patrie
« brésilienne. »

Dans cette population à l'esprit enfantin et inculte,
ainsi tourmentée par une aspiration religieuse non satis-
faite, la figure d'un prophète ou envoyé divin devait,
comme cela arrive toujours, produire une profonde
impression, le rôle étant rempli par un délirant chro-
nique dans la phase mégalomaniacale de la psychose.
« Tous ces malades sont fiers, dignes, majestueux dans
« leur attitude, écrit Régis, et ils ne se départent pas
« un seul instant de leur sérieux et de leur solennité.
« On dirait les acteurs d'une tragédie chargés de
« quelque rôle royal qui continueraient en public et
« dans le costume de leur emploi à jouer leurs person-
« nages. »

Telle est l'origine et l'explication de la force sugges-

tive d'Antonio Conselheiro, dans son rôle d'élément actif de l'épidémie de folie qui règne aux Canudos.

Mais c'est l'instinct belliqueux dont cette population a hérité de l'indigène américain qui l'a poussée à chercher à satisfaire par les armes ses aspirations monarchiques ; puis elle s'est emparée de tout ce que contenait le délire de persécution d'Antonio Conselheiro qui, de son côté, avait fini par identifier, dans ses conceptions *vésaniques*, la république avec la maçonnerie.

Et c'est là le secret de la bravoure et du dévouement fanatique des *jagunços* qui se battaient pour leur roi et pour leur foi.

UN CAS
DE
PARAMYOCLONUS MULTIPLEX
ASSOCIÉ A L'ÉPILEPSIE

PAR LES DOCTEURS

OBSERVATION.

à 1874. A cette époque, L..., en jouant sur une place de la ville qu'il habitait, est tombé sur la pointe d'une grille en fer, qui, pénétrant dans sa jambe gauche, à la face interne du mollet (au niveau du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs et à 2 centimètres en arrière du tibia), le retint accroché pendant un certain temps. Malgré ses cris, provoqués à la fois par la frayeur et la douleur qui s'augmentait d'ailleurs à chacun de ses efforts pour se dégager, L... ne fut délivré que tardivement. On dut l'emporter évanoui. La plaie due à l'accident guérit cependant sans complication en huit jours ; mais dès le lendemain de l'événement, L... fut déjà pris de secousses qui se manifestèrent d'abord aux paupières, puis aux membres supérieurs, où elles étaient apparentes, surtout au moment des repas, quand l'enfant voulait prendre les objets sur la table ou porter les aliments à sa bouche. Ces mouvements ressemblaient tout à fait, nous a dit le père, à des secousses électriques.

Trois mois après l'accident dont il a été question, L... tomba dans la rue en poussant un cri : il se serait relevé de suite. Une autre fois, il tomba dans l'escalier. On le conduisit alors à un médecin aliéniste qui diagnostiqua l'épilepsie seule et prescrivit les trois bromures. Néanmoins les secousses et les crises continuant, on dut effectuer son placement à l'asile où nous avons pu l'observer en 1896-1897.

État actuel. — Au point de vue physique, L... est moins développé que ne le comporte son âge. Il présente, comme signes principaux de dégénérescence physique, un développement exagéré de la face par rapport au crâne, de l'asymétrie légère, la voûte du palais en ogive. Le nez est écrasé, mais par suite de chutes répétées, les lèvres sont épaisses ; la barbe est très peu fournie.

Les fonctions organiques de digestion, respiration et circulation s'accomplissent normalement.

La cicatrice de sa plaie accidentelle est maintenant à peine visible, et mesure environ un demi-centimètre de diamètre ; elle n'est douloureuse ni spontanément ni à la pression.

Il a maintenant une crise épileptique environ par mois.

Au point de vue mental, L... est un débile ; il ne présente pas d'idées délirantes à proprement parler, mais il a ce qu'on appelle le caractère épileptique, c'est-à-dire qu'il est irascible, parfois violent, qu'il réclame continuellement pour des futilités et n'est jamais satisfait.

En l'examinant spécialement au point de vue de son affection

nerveuse, voici ce qu'on peut constater. Les secousses surviennent par accès périodiques, mais sans régularité et sans relation apparente avec les conditions extérieures. Le malade peut avoir, par exemple, quatre, cinq ou six jours de calme, puis deux, trois jours au plus, de secousses. Observé pendant une période de calme, le malade n'offre rien d'anormal dans ses fonctions nerveuses. Les sens sont normaux; la sensibilité au tact, à la douleur, à la température est conservée, ainsi que le sens musculaire. L'appareil musculaire est assez développé pour la taille du sujet: pas d'atrophie. Les pupilles égales réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Les réflexes se produisent d'une façon normale.

L'accès d'agitation convulsive survient brusquement, d'habitude pendant la seconde partie de la nuit, ce qui réveille le malade. Les secousses n'acquièrent pas d'abord toute leur intensité, qui va en augmentant, puis en diminuant, jusqu'au retour de la période de calme. Les mouvements cloniques sont d'abord limités aux muscles des membres, puis ils envahissent ceux du cou et du tronc, les masséters, et enfin parfois l'orbiculaire des paupières à l'exclusion des autres muscles de la face. Les groupes musculaires qui réagissent d'ordinaire synergiquement sont habituellement convulsés symétriquement et à la fois; il en résulte des mouvements d'ensemble de tous ces muscles. C'est ainsi qu'on peut noter: 1° des mouvements d'adduction et de flexion de l'avant-bras; 2° des mouvements d'adduction et d'élévation des bras; 3° des mouvements d'élévation des épaules; 4° des mouvements d'adduction des cuisses faisant s'entrechoquer les genoux; 5° des mouvements de flexion des cuisses, qui font que, si le malade est assis, les pieds se soulèvent de terre; 6° des mouvements alternatifs d'extension et de flexion des cuisses sur le bassin; 7° des mouvements d'extension de tous les segments du membre inférieur, qui, si le malade est debout, l'obligent à sauter et quelquefois même le font tomber en avant, ou en arrière, selon l'attitude du moment; 8° enfin, des contractions diaphragmatiques qui rendent la respiration haletante et hoquetante.

Ces mouvements peuvent apparaître isolément, à l'exclusion les uns des autres, et plus accentués d'un côté. Ils se manifestent dans toutes les positions: debout, assis et couché. Même dans cette dernière position, les membres inférieurs sont convulsés, contrairement à ce qui se trouve signalé dans des observations analogues dues au professeur Lemoine, de Lille. Ils le

deviennent par petits accès durant de quelques secondes à quelques minutes, séparés par des intervalles plus ou moins longs, selon le degré d'intensité des phénomènes cloniques; quand ceux-ci sont au maximum, les intervalles sont très courts, de quelques secondes. Les mouvements ne sont pas rythmiques. L'intensité des secousses cloniques va de pair avec leur fréquence et leur extension. Dans le sommeil, ils disparaissent; mais, comme nous l'avons vu, ils reparaissent aux approches du réveil, de sorte que le malade est souvent rappelé à la conscience, le matin, par le brusque retour de ces mouvements.

La volonté a une certaine action inhibitrice quand les secousses sont peu intenses; l'effort volontaire peut arrêter en grande partie l'extension des mouvements au moyen des antagonistes: le malade réussit alors à s'habiller et à s'alimenter. Mais quand les spasmes sont trop forts, il lui est impossible de les refréner; le malade assiste alors, conscient, à ses crises sans pouvoir les enrayer. Il ne souffre pas, mais il éprouve une grande lassitude quand l'accès est terminé.

La percussion augmente l'intensité des spasmes: on le constate lorsqu'on veut explorer le réflexe patellaire, par exemple. Celui-ci se produit un peu exagéré et est aussitôt suivi d'une nouvelle décharge convulsive. Une émotion brusque, même assez légère, provoque également des secousses. Nous devons encore noter chez L... l'absence de tremblements fibrillaires, cependant signalés dans les observations analogues.

Rappelons-nous maintenant que notre sujet est aussi un épileptique vrai, que ses crises sont habituellement mensuelles et se suivent, au nombre de une, deux ou trois au maximum, à raison d'une crise journalière. Nous avons cherché alors quelle pouvait être l'influence de la crise d'épilepsie sur les secousses; en d'autres termes, si celles-ci étaient modifiées dans leur intensité par les attaques, et nous avons constaté que L..., étant en imminence de crises comitiales, a des spasmes plus intenses, et inversement retrouve, après une crise, un calme absolu d'un jour ou deux. L'observation de ce phénomène a été faite par le malade, par l'infirmier de la salle, et reconnue exacte par nous.

Il nous a paru encore intéressant, aujourd'hui que la question des auto-intoxications préoccupe toujours les esprits, de rechercher si une relation manifeste existait entre les variations de la composition des urines de L.... et la courbe de ses phénomènes nerveux (clonie et épilepsie). A cet effet, du 22 avril au

6 août, la quantité et la densité des urines de vingt-quatre heures ont été notées ; or, nous n'avons pu trouver de relation entre la quantité et densité de l'urine par vingt-quatre heures et l'état du malade, qu'il ait été calme ou agité de secousses. En effet, le 10 juillet, par une journée calme, la quantité d'urine était de deux litres et la densité de 1019, et le 20 juillet, alors qu'il avait eu des secousses nocturnes et diurnes, la quantité d'urine était également de deux litres et la densité de 1020.

Ces deux exemples, pris au hasard, montrant les qualités identiques de l'urine aux points de vue quantité et densité, alors que le malade se trouvait dans des états tout à fait opposés, nous pensons qu'il est superflu de reproduire ici tous les chiffres empruntés à notre relevé journalier, car ils ne feraient que confirmer les résultats indiqués plus haut. Nous n'avons pas davantage rencontré de relation entre la composition chimique des urines et l'état du malade (calme, secousses myocloniques, crises épileptiques). Ainsi, le 23 juillet, il y a eu une crise d'épilepsie à trois heures et demie, dans la nuit du 23 au 24. Le malade a été secoué avant la crise, il a été calme ensuite ; l'analyse de l'urine a donné les résultats ci-après :

Quantité émise.	1.500 gr.
Densité.	1.015
Urée.	5.88
Phosphates	0.7
Chlorures.	10.5
Albumine.	0
Sucré.	0

De même, le 27 juillet, une crise d'épilepsie se produit à neuf heures un quart du matin avec les mêmes remarques que précédemment, l'analyse de l'urine donne les résultats suivants :

Quantité émise.	1.800 gr.
Densité.	1.017
Urée.	9.65
Phosphates	1.75
Chlorures.	10.30
Albumine.	0
Sucré.	0

Enfin, le 30 juillet, une crise d'épilepsie a lieu à sept heures

et quart du matin avec les remarques déjà indiquées et l'analyse de l'urine donne comme résultats :

Quantité émise.	2 litres.
Densité.	1.018
Urée.	7 gr. 80
Phosphates.	1.60
Chlorures.	15.50
Albumine.	0
Sucre.	0

Ainsi donc trois urines fournies par le même sujet dans des conditions identiques et coïncidant avec des états pathologiques absolument semblables, sont différentes à plusieurs points de vue; il ne peut donc pas y avoir non plus de relation de ce côté. Nous jugeons inutile de faire état de nos autres analyses, puisqu'elles seraient tout aussi négatives.

Avant d'insister sur l'intérêt de cette observation, nous devons préalablement préciser la nature des troubles moteurs dont nous avons donné la relation symptomatique essentielle. Celle-ci suffit, à notre sens, pour poser le diagnostic en écartant d'emblée, d'abord la chorée de Sydenham. Quant à la maladie des tics, le doute ne saurait non plus être permis à son sujet. En effet, les convulsions de la maladie des tics sont coordonnées et représentent ordinairement la répétition d'actes volontaires ou réflexes; elles figurent des mouvements systématisés, tandis qu'au contraire les mouvements sont, dans notre cas, tout à fait incoordonnés. De plus, les contractions des tics ne sont pas soumises aux influences excitantes et inhibitoires signalées dans notre observation. Ajoutons enfin que la maladie des tics siège surtout à la face, et chez L... on a vu que les muscles de la face, sauf l'orbiculaire des paupières, sont indemnes de spasmes. On ne peut donc songer évidemment dans notre cas qu'au *paramyoclonus*. Il resterait bien à le distinguer de la chorée électrique de Bergeron; mais on sait qu'entre cette dernière et le paramyoclonus

il n'y a guère que des différences de degré, et même à l'heure actuelle, on fait de ces deux formes, assez peu différentes, une seule et même entité morbide. Le *paramyoclonus* s'est développé, il est vrai, non à l'âge mûr, comme le signale Charcot, mais dans l'enfance. A ce point de vue, il se rapprocherait jusqu'à un certain point de la chorée de Bergeron. Enfin, les traitements institués contre le *paramyoclonus* par le bromure et l'antipyrine n'ont amené aucune sédation.

En recueillant de prime abord cette observation, nous avons pensé la donner d'autant plus originale que le *Traité de médecine* de Charcot, de 1894, aussi bien dans le cours de l'article « Paramyoclonus » que dans la bibliographie qui l'accompagne, ne fait aucunement mention de *paramyoclonus* associé à l'épilepsie. L'article de mai-juin 1897 des *Annales* sur la Physiologie pathologique des myoclonies par Jules Soury est venu détruire notre illusion à cet égard, en nous apprenant incidemment que, d'après Russel Reynolds, « à peu près les trois quarts des épileptiques souffrent sous une forme quelconque, dans les périodes interparoxystiques, de troubles moteurs ». L'un de nous a pu observer pour sa part plus de trois cents épileptiques internés, et sans contredire à cet égard l'auteur anglais, nous trouvons son assertion tout à fait contradictoire avec les faits observés. Il nous paraît en effet absolument exceptionnel de rencontrer un *paramyoclonus* aussi accusé que le nôtre chez un épileptique, à moins de faire rentrer dans le cadre des myoclonies des *spasmes cloniques* si peu accusés que ces légères contractions musculaires sont à peine remarquées par le malade, ce qui est évidemment excessif et ce que Russel Reynolds semble cependant admettre couramment. Le *paramyoclonus*, dans notre observation, est à notre sens tout à fait distinct de l'épilepsie ; il n'a avec la névrose aucune

relation de cause à effet : c'est un simple rapport de concomitance, bien que nous ayons pu constater néanmoins un redoublement des secousses myocloniques, lorsque le sujet était en imminence de crises, et du calme après la décharge épileptique. Mais on comprend sans peine que l'irritation spinale étant à son maximum d'intensité lors d'une période comitiale paroxystique, le *paramyoclonus* lui-même ne peut qu'y trouver une cause d'aggravation symptomatique. Au surplus, si le *paramyoclonus* était nécessairement un phénomène de nature épileptique, comment se fait-il qu'il n'ait pas été signalé depuis longtemps chez les comitiaux et que nous-même, sur la population actuelle de l'asile qui se compose de près de quatre-vingts épileptiques, sans compter ceux que nous avons pu observer ailleurs, ce seul cas typique se soit présenté? La façon même dont s'est développé le *paramyoclonus*, précédant de trois mois l'épilepsie de notre sujet, et immédiatement consécutif à la frayeur intense produite chez lui par la nature de son accident, témoigne d'une façon indiscutable de son autonomie. Si l'épilepsie est venue se surajouter ensuite au *paramyoclonus*, cela ne surprendra personne en réfléchissant à la tare dont L... était porteur, puisque sa tante était une épileptique avérée. Ainsi donc chez lui le *paramyoclonus* relèverait d'une cause personnelle, c'est-à-dire acquise, et l'épilepsie serait de nature héréditaire. Quant au *paramyoclonus* lui-même, nous savions déjà, avant la revue savante et documentée de M. Jules Soury, que sa place dans le cadre nosologique était très controversée, certains voulant en faire une dépendance (Lemoine) de la neurasthénie, tandis que d'autres, se fondant sur l'influence pathogénique des émotions et du traumatisme, prétendaient le rattacher à l'hystérie; qu'enfin on lui accordait même une place intermédiaire entre la maladie

des tics et la chorée. Les lecteurs des *Annales* ont déjà pu lire dans l'article précité les diverses interprétations pathogéniques plus récentes de la nature du *paramyoclonus*; aussi, renonçant pour notre compte à en faire de nouveau l'exposé, pas plus qu'à en choisir une de préférence, nous ne pouvons que leur en conseiller la lecture nouvelle. Mais, en tout état de cause, ce que nous croyons pouvoir demander à ceux de nos confrères dont les services abondent en épileptiques, c'est de rechercher, si, véritablement, il serait si fréquent de rencontrer des secousses cloniques dans les périodes interparoxystiques de la maladie de leurs sujets.

Médecine légale

DE LA CRIMINALITÉ

CHEZ LES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE L'AVEYRON

PAR LES DOCTEURS

J. RAMADIER,

Médecin-directeur de l'asile
de Rodez,

et

A. FENAYROU,

Méd.-adj. de l'asile de Blois,
Ancien interne de l'asile de Rodez.

Suite (1).

IDÉES RELIGIEUSES.— La foi religieuse est encore très ardente dans l'Aveyron. La plupart des habitants du département sont sincèrement attachés à leurs croyances ; les principes de la religion, qui leur ont été enseignés dès leur enfance, ont été ensuite soigneusement entretenus en eux par des exercices de piété de toute nature. Leur foi n'est pas raisonnée ; ils acceptent sans discussion, non seulement le dogme, mais encore tout ce qui, de près ou de loin, se rattache à la religion ; ils croient aveuglément, mais ils n'en croient que plus fermement. Ils ne connaissent certes pas la doctrine dans tous ses détails ; ils n'en possèdent que les éléments principaux, mais ceux-ci, dégagés de toute abstraction, rendus concrets pour être mis à la portée de leur intelligence, presque matérialisés pour frapper davantage leur imagination, sont profondément gravés en eux.

La prédominance habituelle des idées religieuses dans

(1) Voir les *Annales* de janvier-février et mars-avril 1898.

l'esprit des Aveyronnais influe manifestement sur la production de la folie et sur la physionomie, si on peut ainsi dire, de ses manifestations. En effet, il n'est pas rare de constater l'apparition de troubles mentaux à la suite de préoccupations religieuses exagérées. Cette cause n'agit avec toute son activité que chez les faibles d'esprit; mais, comme la débilité mentale à ses divers degrés est très répandue dans le département, il n'est pas surprenant que l'exagération des sentiments religieux se retrouve assez souvent comme cause occasionnelle de l'aliénation.

C'est aussi à ce même facteur qu'il faut rapporter la fréquence exceptionnelle des idées mystiques dans le délire de nos malades. Ces idées prédominent dans un grand nombre de cas de manie, de mélancolie, de délires systématisés; elles sont aussi très marquées chez la plupart des épileptiques, mais c'est encore la débilité mentale qui constitue le terrain le plus favorable à leur éclosion et à leur développement.

L'expérience a prouvé que les conceptions délirantes de cette nature sont assez souvent la cause déterminante d'actes délictueux ou criminels. Les faits observés dans l'Aveyron concordent avec cette constatation générale. Nous avons relevé, en effet, un assez grand nombre de crimes et de délits accomplis par des aliénés mystiques.

Les principales idées mystiques capables de provoquer des actes nuisibles sont celles de Dieu et du paradis, d'une part; celles du démon et de l'enfer, d'autre part.

Certains malades, sous l'influence d'hallucinations ou d'interprétations délirantes, se figurent être en relation directe avec Dieu; les uns le voient, d'autres entendent sa parole, d'autres se sentent inspirés par lui, tous sont animés envers lui du même sentiment de soumission

absolue et sont prêts à obéir aux ordres dont il leur confie l'exécution. Ils accomplissent passivement leur mission divine et, parfois, commettent ainsi, froidement, les actions les plus criminelles.

Obs. XVIII. — B..., 32 ans, marié, cultivateur, est atteint de débilité mentale avec agitation maniaque, idées mystiques et de persécution. Il a tué son père d'un coup de fusil.

Assez longtemps avant qu'il accomplit cet acte criminel, on avait constaté un changement dans son caractère et dans sa conduite; il était devenu violent, querelleur, il avait cessé de travailler et avait abandonné sa femme et ses enfants. Ces modifications de sa manière d'être ne furent pas mises tout d'abord sur le compte de la folie; elles attirèrent à B... des reproches de la part de sa famille. Mais les observations qu'on lui fit n'eurent d'autre résultat que de l'irriter et de faire naître en lui une vive animosité contre son père. Cette animosité persista, s'accrut même lorsque la folie se fut nettement manifestée chez B..., par de l'excitation cérébrale et par un délire avec prédominance d'idées mystiques. Aussi, lorsqu'il eut tué son père, pensa-t-on qu'il avait voulu se venger de toutes les persécutions qu'il croyait avoir eu à subir de sa part. En réalité, il n'en était pas ainsi. L'acte qu'il avait accompli avait été provoqué par des hallucinations de l'ouïe. B... avait entendu la voix de Dieu, lui ordonnant de tuer son père et il avait résisté d'autant moins à cet ordre qu'il était alors très troublé, en proie à une excitation assez vive et qu'il avait depuis longtemps des motifs de ressentiment et de haine (pour la plupart de nature délirante) contre la victime qui lui était désignée. Il a exposé lui-même en ces termes les mobiles sous l'influence desquels il a agi : « Le bon Dieu m'a parlé pendant la nuit et « m'a donné quelque chose comme un fusil pour faire ce que « j'ai fait. Si je suis condamné, tant pis, j'ai obéi aux ordres de « Dieu. »

Depuis qu'il est à l'asile, B... n'a pas cessé de présenter le même délire; il est de plus sujet à des accès intermittents d'agitation et de violence qui paraissent provoqués par des hallucinations de l'ouïe. Parfois il a conscience de la nature malade des impulsions subites qu'il éprouve et auxquelles il ne peut résister; il se rend compte aussi du danger qu'il fait

subir à son entourage. Lorsqu'il prévoit l'imminence d'une crise il court vers les infirmiers et leur demande de le mettre sur-le-champ hors d'état de nuire en le camisolant ou en l'enfermant dans une cellule. Voici comment B... s'est exprimé un jour, au sujet de sa folie : « La voix de Dieu me donne une « grande intuition ; l'esprit divin me dit de tuer telle ou telle « personne ; je lui réponds que je ne peux pas parce que c'est « une brave personne. Si j'avais un couteau à ce moment, je « sauterais dessus par émacciation (*sic*). je tuerais au pluriel. « Je suis fou, j'ai une folie, je suis dangereux. »

Obs. XIX. — R..., 27 ans, célibataire, cultivateur, est atteint de débilité mentale avec excitation maniaque, idées mystiques et idées confuses de persécution.

Un grand-oncle paternel a été aliéné. Son père est faible d'esprit, émotif, bégue à un degré très accentué.

Le malade a toujours été d'une intelligence peu développée ; il n'a pu acquérir qu'une instruction rudimentaire, bien qu'il ait été à l'école pendant neuf ans.

R... était soldat lorsqu'il commença à donner des signes de folie. On dut alors l'interner à l'asile de M..., où il séjourna trois mois et d'où il sortit amélioré, mais non guéri. Revenu dans sa famille, il resta calme, quoique un peu délirant, pendant deux ans environ. Les troubles mentaux s'accrochèrent ensuite. R... manifesta une excitation assez vive, se traduisant par des actes désordonnés, des propos incohérents et de l'insomnie. Les idées mystiques prédominaient dans ses divagations, où on relevait aussi quelques idées vagues de persécution. Des hallucinations de la vue et de l'ouïe et des interprétations délirantes entretenaient ce délire et en augmentaient parfois l'activité. Il était sujet à des accès de colère injustifiés, au cours desquels il proférait des menaces contre son entourage ; mais, comme il n'avait jamais accompli aucun acte de violence grave, on ne le considérait pas comme dangereux et on le laissait en liberté. Ce n'est qu'à la suite du fait suivant que sa famille se décida à l'interner à l'asile :

R... était un jour occupé à étayer des vignes, lorsqu'il vit passer un porc conduit par plusieurs personnes. Ce fait si ordinaire fut considéré par lui comme un événement miraculeux. Il crut que Dieu avait voulu lui faire savoir par là qu'il devait faire pratiquer la religion : « Il comprit, dit-il, que par ce miracle, Dieu voulait se servir de lui pour le faire honorer. » Depuis quelque temps déjà, R..., se trompant sur les dates,

était constamment en retard d'un jour; c'est ainsi, par exemple, que le samedi était pour lui le vendredi. Tous les dimanches, persuadé que c'était le samedi, il travaillait et refusait d'aller à la messe; le lundi au contraire, voulant célébrer ce jour qui pour lui était le dimanche, il revêtait ses habits de fête et allait assister aux exercices religieux. Tous les raisonnements n'avaient pu le convaincre de son erreur. Un lundi, il alla mettre en mouvement les cloches de l'église de son village, puis en revenant chez lui, il se mit en quête d'un fusil. Un voisin lui en prêta un dont il déchargea un coup sur une jeune fille qui se trouvait sur le seuil de son habitation et qu'il n'atteignit heureusement pas. En commettant cet acte, « il voulait, dit-il, montrer que c'était « dimanche, et qu'on devait célébrer ce jour; il savait bien ce « qu'il devait faire; du reste, en tirant sur cette jeune fille, « contre laquelle il n'avait pas la moindre haine, il n'a pas « voulu lui faire du mal, c'était plutôt pour lui faire honneur... « Si le fusil avait été à plusieurs coups, il en aurait tiré tant « qu'il y en aurait eu... Il n'a pas eu mal faire; si on a quel- « chose à lui reprocher qu'on le fasse passer en justice et on « verra s'il est coupable. »

Obs. XX. — G..., vingt-sept ans, célibataire, domestique, a été interné à deux reprises à l'asile de Rodez. Voici brièvement exposés les faits qui ont motivé sa deuxième admission :

G... s'était évadé de l'asile où il était en traitement pour un accès d'agitation maniaque avec idées mystiques, greffé sur un fonds de débilité mentale accentuée. Comme son état psychique s'était légèrement amélioré et qu'il n'avait encore donné aucun signe de violence, on le laissa en liberté. Au bout d'un an et demi environ, ses troubles mentaux s'accrochèrent; G... manifesta une exaltation cérébrale assez vive jointe à des idées mystiques. Il se mit à dire qu'il était le Christ, le Fils de Dieu, que « la terre était souillée de crimes et d'iniquités qui devaient être lavés par le sang du juste ». Il proclamait qu'il fallait des holocaustes pour effacer tous ces crimes, que la terre demandait du sang. Il ne parlait que de faire des sacrifices expiatoires, d'immoler, de brûler, etc. Imbu de ces idées, il pénétra une nuit dans une écurie et en fit sortir un veau dont il trancha la tête à coups de hache; il alla en cachier la tête dans un tas de foin à l'intérieur d'une grange et couvrit le corps d'un tas de fagots qu'il alluma. Cet animal était, dit-il, « l'agneau qui devait effacer les péchés du monde ».

A plusieurs reprises, il offrit aussi en sacrifice des arbres et

des plantes. Il en arriva enfin à manifester l'intention de faire des sacrifices humains et de couper la tête au premier venu. Une nuit, en effet, il s'introduisit par escalade dans la maison contiguë au jardin où il avait l'habitude d'offrir ses offrandes à la divinité et pénétra dans la chambre où reposait le propriétaire. Il tira alors son couteau et se mit à l'aiguiser ; le bruit qu'il fit en procédant à cette opération éveilla le dormeur qui le reconnut aussitôt et lui demanda ce qu'il faisait chez lui ; G... lui avoua sans détours qu'il aiguisait son couteau pour le tuer. Peu rassuré, mais ne perdant pas son sang-froid, le maître de la maison continua à converser avec G..., tout en se dirigeant vers la porte, tandis que celui-ci terminait ses préparatifs. Il put enfin s'esquiver et se soustraire ainsi au sacrifice auquel G... l'avait destiné. Le lendemain, le malade renouvela sa tentative, mais les domestiques veillaient et le mirent en fuite. Quelques jours après, il était interné à l'asile.

Suivant le même mécanisme, des crimes et des délits peuvent être accomplis par des aliénés qui croient devoir obéir aux ordres que leur donnent des personnages célestes, la Vierge, les Anges, les Saints, etc.

Obs. XXI. — C..., quarante-huit ans, célibataire, sans profession, est atteinte de débilité mentale avec idées mystiques de persécution et de grandeur. Les premiers symptômes de folie se sont manifestés chez cette malade, quatre ans environ avant son admission à l'asile. C... s'est figurée que certains propriétaires, domiciliés dans le même village qu'elle, se sont indûment emparés de plusieurs millions qui lui appartiennent. Guidée par la Sainte Vierge et les Saints, elle entreprend une foule de démarches pour entrer en possession de cette fortune. Ces personnages célestes lui apparaissent et lui parlent fréquemment ; ils l'inspirent et lui dictent sa conduite. C'est ainsi que saint Amans et saint Denis se sont montrés à elle plusieurs fois, habillés en ombrage. Tout d'abord, les conseils ou les ordres qui lui sont donnés par ces saints ne sont nullement dangereux. C... se contente d'adresser à ceux qui détiennent son argent des réclamations multipliées et de solliciter l'appui de la justice, du maire de sa commune, des conseillers généraux, des gendarmes, etc. Mais plus tard, ses conseillers lui commandent d'incendier les maisons de ses prétendus voleurs. Elle obéit et, une nuit, met le feu à la maison d'un de

ses voisins. Personne ne soupçonne la véritable cause du sinistre; mais, quelque temps après, un autre propriétaire trouve C... un soir, à 9 heures, une lanterne à la main, dans la basse-cour de sa ferme. Il la questionne sur le but de sa présence chez lui, et elle ne fait pas de difficultés pour avouer qu'elle avait l'intention de mettre le feu à sa maison. Elle reconnaît aussi que c'est elle qui a allumé l'incendie qui avait eu lieu précédemment dans le village. Dès lors, tous ses voisins font bonne garde pour se préserver contre ses intentions mal-faisantes qu'elle proclame hautement. Elle menace d'incendier tout le village; elle fait même connaître le jour, où, d'après les ordres des saints, elle doit mettre ses projets à exécution. Mais avant l'expiration du délai fixé par elle, elle est internée à l'asile.

On voit aussi des malades qui tuent les êtres qui leur sont le plus chers pour les envoyer au ciel et mettre ainsi un terme aux souffrances qu'ils enduraient sur la terre :

Obs. XXII. — G... (Louis), vingt-neuf ans, célibataire, cultivateur, est atteint de débilité mentale avec dépression mélancolique, idées vagues de persécution et idées mystiques.

Son père était d'une intelligence bien au-dessous de la moyenne et d'un caractère sombre et taciturne. Il n'a jamais présenté, à proprement parler, de troubles mentaux.

Sa mère, également débile, est morte à l'asile où elle est restée près de vingt ans; elle était atteinte de manie chronique avec tendances très marquées à la violence.

Son frère, G... (Joseph), plus jeune que lui de deux ans, a toujours été faible d'esprit. Sa débilité intellectuelle le rendait incapable de se rendre exactement compte de la portée de ses actes; dans sa jeunesse, il a accompli une foule de vols dont la nature maladroite était attestée aussi bien par leur nombre que par leur importance minime. Vers l'âge de vingt-cinq ans, se sont manifestés chez lui des troubles mentaux caractérisés par de la dépression mélancolique et des idées de persécution. Sous l'influence de son délire, il a tiré un coup de fusil sur son frère Louis et l'a blessé à une jambe : « Son frère avait, dit-il, des discussions fréquentes avec son père, il était fatigué de l'avertir : c'est pour cela qu'il a tiré sur lui. » Quelque temps avant ce fait, G... (Joseph) avait égorgé, sans motif connu, une

chèvre qui lui appartenait. A l'asile, ce malade, sous des apparences calmes et inoffensives, s'est montré très dangereux ; il a adressé à une personne contre laquelle il n'alléguait que des griefs imaginaires ou du moins très futiles, des menaces de mort qu'il eût sans doute exécutées, si on ne l'avait, à dater de ce jour, soumis à une séquestration plus rigoureuse et à une surveillance spéciale ; il a aussi commis plusieurs vols assez importants, du produit desquels il n'a même pas cherché à tirer profit. C'est ainsi qu'après avoir fait main basse sur un certain nombre de pièces d'or, dans l'intention d'en faire un lingot, il les a mises à macérer dans de l'alcool qui devait, pensait-il, abaisser le point de fusion du métal, et les a ensuite renfermées dans une boîte en fer-blanc qu'il a déposée dans un foyer très ardent. Pendant que la chaleur produisait son effet, il s'est éloigné quelques instants ; à son retour, il n'a retrouvé ni boîte, ni or. Il ne s'est pas tourmenté le moins du monde de la disparition du produit de son vol.

G... (Louis) a été interné à l'asile un an environ après son frère, à la suite du meurtre de son père. Depuis longtemps déjà ses voisins avait remarqué qu'il ne jouissait pas de la plénitude de sa raison. Sa sauvagerie native s'était changée en une véritable misanthropie ; il vivait seul et ne parlait jamais à personne. Contrairement à ses anciennes habitudes, il se montrait très dévot. Il commettait parfois des excentricités ; mais, comme il n'avait jamais donné aucun signe de violence, on le considérait comme inoffensif. Voici dans quelles circonstances et pour quel motif, il donna la mort à son père : « Sur la promptitude qui m'est venue, dit-il, je lui ai donné un coup de « maillet sur la tête et puis je lui ai passé le couteau au cou, et « je lui ai donné encore, un moment après, deux autres coups « de maillet sur la poitrine. *Mon père trimait trop ; j'ai cru « bien faire de le délivrer ; d'ailleurs je n'ai tué que le corps ; « je suis content de savoir mon père plus tranquille dans le « ciel.* » G... (Louis) n'a pris aucune précaution pour commettre son parricide ; il n'a même pas eu soin de fermer à clef la porte d'entrée de la maison ; il n'a pas cherché à faire disparaître le cadavre et n'a pas davantage songé à se soustraire lui-même par la fuite aux recherches de la justice. Son crime accompli, il a laissé le corps de son père à l'endroit même où il était tombé ; il est resté ensuite tranquillement chez lui. Les voisins, qui, quarante-huit heures après le drame, ont pénétré dans la maison, ont trouvé G... (Louis) endormi dans une

chambre contiguë à celle dans laquelle son père était étendu mort. Il a raconté lui-même ce qui s'était passé; confronté avec le cadavre de sa victime, il est resté impassible; il n'avait manifestement pas conscience de la gravité de l'acte qu'il avait commis.

Obs. XXIII. — R..., vingt-sept ans, mariée, tricuse de charbon, est atteinte de débilité mentale avec dépression mélancolique, idées de ruine, d'indignité, hypochondriaques et mystiques.

Elle a noyé son unique enfant âgé d'un an et demi.

Depuis un an, ses facultés avaient sensiblement baissé; mais elle ne présentait du délire que depuis trois semaines. Dans sa folie, elle ne manifestait aucune tendance à la violence; malgré son trouble mental elle prenait le plus grand soin de son enfant qu'elle aimait beaucoup. Une nuit, elle se leva à 3 heures, habilla sa fillette et sortit avec elle. Arrivée auprès d'un ruisseau, elle entra dans l'eau, portant sur ses bras son enfant qu'elle laissa tomber et qu'elle abandonna. Elle revint chez elle sans se préoccuper de ce qu'était devenu ce petit être et ne fit pas de difficultés pour raconter ce qui venait de se passer : « Quelque esprit, bon ou mauvais, lui avait, dit-elle, commandé d'agir ainsi; l'idée lui est venue de se noyer avec sa fille lorsqu'elle a trouvé quatre eaux, mais quelque chose l'a empêchée d'y rester elle-même, elle croyait de faire un ange dans le Paradis. »

De même que les personnages célestes, les êtres infernaux interviennent assez souvent dans le délire de nos malades. C'est ainsi que des aliénés croient reconnaître le démon dans certaines personnes de leur entourage; d'autres sont convaincus que les gens au milieu desquels ils vivent sont damnés ou qu'ils sont eux-même voués aux peines éternelles. D'autres encore sont en proie à des idées de possession démoniaque. Il n'est pas rare de voir se développer chez ces malades l'idée d'une réaction violente contre le démon, être malfaisant par excellence, ou contre des damnés imaginaires, ainsi que le montrent les observations suivantes :

Obs. XXIV. — V..., trente-huit ans, célibataire, sans pro-

fession, atteinte de débilité mentale avec dépression mélancolique et idées mystiques, s'est portée à des voies de fait sur des personnes qu'elle prend pour des démons.

OBS. XXV. — V..., dix-sept ans, célibataire, cultivateur, est atteint de débilité mentale et de folie épileptique. Au cours d'un de ses accès, il s'est livré à des voies de fait très graves sur un autre malade : « Il croyait frapper le diable, a-t-il dit, « Dieu le lui avait commandé. »

OBS. XXVI. — M..., quarante ans, mariée, sans profession, est atteinte de débilité mentale et de mélancolie avec idées mystiques. Elle se croit au pouvoir du démon et obligée de faire pénitence pour tout le monde. Elle a tenté d'incendier sa maison pour en chasser le diable.

OBS. XXVII. — A..., vingt-cinq ans, célibataire, cultivateur, est atteint de débilité mentale avec agitation maniaque, idées mystiques et de persécution. Ce malade s'était imaginé que ses parents étaient possédés du démon et qu'ils étaient damnés. Sous l'influence de cette idée il leur a adressé des menaces de mort qu'il a tenté plusieurs fois de mettre à exécution, il a cherché en particulier à frapper son père à coups de hache et à coups de couteau ; il l'a aussi menacé de le brûler vif. Une fois, il le traînait sur une route, en lui disant : « Vous « êtes damné ; il faut que je vous brûle. » Des voisins ont dû s'interposer pour s'opposer à l'exécution de ses sinistres projets.

OBS. XXVIII. — M..., quarante et un ans, célibataire, cultivateur, est atteint d'imbécillité. De plus, il est sujet à des accès d'agitation maniaque au cours desquels il présente un délire avec prédominance des idées mystiques. Pendant l'un de ses accès, il s'est figuré que les personnes de son entourage, y compris son père, étaient possédées du démon et qu'il était chargé par Dieu de détruire cet esprit malfaisant. Pour s'acquitter de cette mission divine, il s'est livré à des actes de violence graves sur plusieurs individus, en particulier sur son père. Ce n'est qu'en le surveillant très étroitement et en l'interneant à l'asile qu'on a pu l'empêcher d'accomplir les projets homicides qu'il avait formés.

OBS. XXIX. — V..., cinquante-huit ans, marié, cultivateur, est atteint de débilité mentale avec idées de persécution et de possession démoniaque.

Un aïeul et un oncle auraient été atteints de folie. Plusieurs parents du côté maternel auraient été aliénés. Une sœur, morte

paralysée, aurait présenté des troubles mentaux quelque temps avant son décès.

V... est d'une intelligence au-dessous de la moyenne; il n'a reçu qu'une instruction tout à fait rudimentaire. D'un caractère très violent, il brutalisait sa femme qui a dû, une fois, quitter le domicile conjugal pour se soustraire à ses mauvais traitements; il maltraitait aussi son fils et, pour ce motif, s'est vu condamner à huit jours de prison.

Les actes de violence auxquels il s'est livré sur diverses personnes lui ont valu deux autres condamnations. Il s'est encore fait infliger une amende de dix francs pour outrages à un maire; il avait traité ce magistrat d'imbécile parce que celui-ci avait refusé de donner un avis favorable à une demande formée par lui pour obtenir l'assistance judiciaire dans un procès qu'il intentait à un de ses voisins.

V... avait à un degré excessif le sentiment de la propriété, l'amour de la terre; il s'efforçait de « faire respecter ses propriétés », il a plusieurs fois fait appel à la justice pour régler les différends qu'il avait avec ses parents ou ses voisins et que son esprit de chieane avait seul empêché de terminer amiablement.

Il a été lui-même traduit pour vol devant les tribunaux et condamné pour ce motif à cinq francs d'amende.

Quelque temps avant qu'il accomplît l'acte criminel à la suite duquel il fut arrêté, V... plaidait avec un de ses frères au sujet de l'héritage de leur sœur décédée. Ce procès le préoccupait vivement; il se croyait victime de la mauvaise foi de son frère qui, disait-il, « lui ferait manger tout son avoir ». Il commença alors à donner quelques signes de folie. Sa femme remarqua à plusieurs reprises qu'« il avait l'air égaré »; il se mettait à gratter les murs ou à remuer la paille sur laquelle il était assis; si on lui demandait ce qu'il faisait, il répondait : « Je ne sais pas ce que je fais, je suis innocent. » Diverses personnes l'entendirent plusieurs fois « hurler comme un ours ». Cependant il continuait à travailler et à s'occuper du règlement des questions d'intérêt pendantes entre son frère et lui.

Un jour, après avoir passé plusieurs heures à la ville à consulter des hommes d'affaires, V... rentra chez lui dans l'après-midi; il semblait dans son état normal et ne divaguait pas; il se plaignait seulement d'une léger mal de tête. Après son repas, il se mit en route pour S..., où il possédait une maison et où il devait coucher. Vers le milieu de la nuit, les habitants de ce

village furent éveillés par des cris aigus que poussait V... sur le seuil de sa porte. L'un d'eux s'approcha de lui et lui demanda ce qu'il faisait : « N'entre pas ici, lui répondit V..., ne viens pas, j'ai le diable à la maison. » Une demi-heure après on le vit étendu à terre et creusant, de ses mains, un trou dans le sol. Sur les exhortations de ses voisins, il rentra chez lui et cessa de crier. Un instant plus tard, sa maison était en flammes. Après l'incendie on s'aperçut que lui-même avait disparu ; ce n'est que le matin qu'on le trouva caché dans une grange voisine ; il était blessé à la tête et aux mains ; ses vêtements étaient tout mouillés ; il poussait parfois de véritables hurlements, ne répondait que par des propos extravagants aux questions qu'on lui adressait. Il disait qu'il était « possédé du diable. Les gendarmes, ajoutait-il, ne viendront pas encore ; quand ils viendront pour m'attacher, ils ne le pourront pas, parce que le diable est plus fort qu'eux ; je partirai en fumée ». A un de ses voisins qui lui disait de sortir de sa cachette, il répondit : « Je suis ici qui brûle, et quand tu resterais là mille ans, tu ne me retirerais pas d'ici ; tu ne m'en tireras qu'en allant à la messe ; tiens, voilà ma main, vois comme elle brûle. »

Après son arrestation, V... fut tout d'abord si agité qu'on ne put obtenir de lui aucun renseignement précis sur les circonstances dans lesquelles il avait incendié sa maison, et sur les motifs qui l'avaient poussé à commettre cet acte. Ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'on arriva à connaître les détails de l'affaire :

Pendant qu'il se rendait de la maison où il avait laissé sa famille jusqu'à S... où il devait passer la nuit, V... songeait à la profonde misère dans laquelle il pouvait se trouver plongé d'un jour à l'autre, par suite du procès qu'il avait avec son frère. Il se disait qu'il y avait des gens qui avaient emprunté de l'argent au diable et se demandait par quel moyen il pourrait bien entrer en relation avec lui et se faire prêter une somme suffisante pour relever sa fortune compromise. Cette idée l'obséda tellement qu'il mit près de deux heures à effectuer un trajet qu'il faisait habituellement en une demi-heure. Arrivé chez lui, il fut à un moment donné saisi subitement par le diable qui lui dit : « Tu me demandes : me voici ! » Alors il sortit de sa maison, hurlant, poussant des cris inarticulés. A l'instigation du diable dont il se croyait possédé, il se mit à exécuter toutes sortes de mouvements désordonnés, à ramper

sur le sol dans lequel il creusa un trou de ses propres mains. L'intervention des voisins parut le calmer un peu ; cependant il ressentait une brûlure intérieure par suite de la présence du diable dans son corps ; pour éteindre la soif ardente qu'il éprouvait il alla à la cave et but abondamment, mais ne fut nullement soulagé. Alors désespéré, il voulut à tout prix se débarrasser du malin esprit ; il se donna plusieurs coups de couteau au ventre, puis, ce moyen ne réussissant pas, et sentant toujours le feu qui le brûlait, il alla se jeter dans un puits. Il en ressortit et rentra chez lui. Alors il alluma la paille qui se trouvait dans son grenier et se jeta dans les flammes : « Ne « pouvant résister, dit-il, je pris la fuite, je revins au puits, mais « je me dis que, puisque je n'avais pu me détruire une première « fois, c'était inutile de recommencer. J'eus l'idée de me recou- « vrir d'un tas de chaux, mais je ne pus y parvenir et, comme « j'avais froid, j'allai me cacher dans la paille de la grange du « voisin. »

Les idées de possession démoniaque ont persisté chez V... pendant quelques jours ; elles étaient entretenues par des hallucinations de la vue et de l'ouïe et s'accompagnaient d'une agitation violente. V... voyait sa femme et sa fille et les entendait crier. Il était convaincu que, comme lui, elles étaient possédées du démon, qu'un feu les brûlait, qu'elles étaient damnées. A cette excitation cérébrale, à ce délire si actif a succédé ensuite un état de torpeur, de dépression avec obnubilation intellectuelle très marqué. Lorsque V... a été conduit à l'asile, il avait l'apparence d'un dément ; sa mémoire était aussi défectueuse que possible ; il avait absolument perdu le souvenir des faits qui avaient précédé son arrestation. Peu à peu son intelligence s'est réveillée et il a manifesté un délire mélancolique avec idées de ruine et d'indignité, mais sans idées de possession démoniaque. Depuis lors son état s'est encore modifié et V... ne présente actuellement, en outre de sa débilité mentale congénitale, que des idées de persécution et des tendances processives.

(A suivre.)

Revue critique.

DE L'ÉPILEPSIE

AU POINT DE VUE CLINIQUE ET MÉDICO-LÉGAL

Par le professeur Paul KOVALEVSKY,

De Saint-Petersbourg.

Suite et fin (1).

Si l'épilepsie se développe pendant l'enfance, elle arrête le développement intellectuel de l'enfant et fait naître une des formes de l'idiotie, ou l'imbécillité, selon l'âge et le degré de développement de l'enfant. Plus que cela, avec le temps et à mesure que les accès se répètent, non seulement la vie intellectuelle de l'enfant malade s'arrête dans son développement, mais encore elle tombe au-dessous du niveau qu'elle avait atteint et les enfants deviennent des idiots, même s'ils n'étaient tels au début de la maladie.

Si l'épilepsie se montre après dix-huit ou vingt ans et si les accès sont fréquents, nous voyons se développer peu à peu tous les symptômes de la démence épileptique. Certainement que son développement ne se fait pas du coup, mais graduellement et peu à peu.

Les épileptiques peuvent atteindre la démence de deux manières différentes. Chez les uns, c'est avant tout la mémoire qui commence à s'affaiblir peu à peu. Au commencement, tant qu'il ne s'agit que des circonstances futiles de tous les jours, on le remarque à peine; mais avec le temps ce manque de mémoire s'accroît de plus en plus. Graduellement le malade oublie des circonstances de sa vie qui devraient lui être mémorables. Au commencement, les épileptiques s'en rendent compte,

(1) Voir les *Annales* de janvier-février et mars-avril 1898.

s'en inquiètent excessivement et tâchent, quoique vainement, de le cacher aux personnes étrangères. Mais le mal augmente de plus en plus. Les malades ne le remarquent plus. Ils confondent et ils emdrouillent les circonstances les plus simples de la vie de tous les jours et font preuve parfois d'absence complète de sens commun.

En même temps, le côté moral de leur vie commence à baisser. Sous le poids des coups terribles de la maladie, ils commencent à perdre le sens moral. Ils deviennent égoïstes, n'ont plus d'amour-propre, deviennent de plus en plus indifférents à leurs propres intérêts et à ceux de leur famille, perdent toute initiative ainsi que le sentiment de leur dignité. Leur humeur varie et l'état de dépression et d'humiliation est suivi par des périodes d'irritabilité et d'effronterie. L'expression même de leur visage devient repoussante et méchante. Parfois ils ont l'air ennuyé, sont capricieux et abattus, comme si un sentiment d'angoisse et de honte les déprimait ; d'autres fois, au contraire, ils ont des manières trop dégagées et sont même grossiers et arrogants. Peu à peu ces individus perdent la faculté de raisonner et ne sont plus capables d'un travail intellectuel. Leur intelligence ne suffit plus qu'à remplir automatiquement les ordres d'autrui. Des lacunes de plus en plus grandes s'observent dans le domaine de leur intelligence. Ils ne savent plus fixer leur attention. Leur jugement et leurs raisonnements manquent de plus en plus de sens commun et de logique. L'individualité morale du malade change complètement. Tel qui était bon travailleur et soutenait sa famille, devient un paresseux et un fainéant ; non seulement il ne travaille plus pour sa famille, mais encore il a lui-même les plus grandes prétentions et les plus grandes exigences. Ces individus sont cruels, menteurs, effrontés, serviles et se livrent souvent à l'ivrognerie et à la débauche. Beaucoup d'entre eux sont insolents, aiment les chicanes, les réclamations absurdes et dénuées de sens, font de fausses déclarations, se croient offensés à chaque pas et sont pris subitement de l'envie de se battre. Il arrive aussi qu'ils deviennent moroses, méfiants, soupçonneux, qu'ils souffrent d'obsessions et du délire de persécution. Leur irri-

tabilité se transforme souvent en colère et en fureur ; leur grossièreté et leur cruauté se manifestent par une quantité d'actions criminelles et de faits insolites. Ne pouvant apprécier leur propre état à sa juste valeur, ils comptent pour un bienfait et une grâce de leur part de condescendre à vivre et à se nourrir aux dépens des autres, et ils sont sûrs de toujours avoir raison. Cette déchéance graduelle de leurs forces morales et intellectuelles les amène à la folie morale et les fait sombrer finalement dans la démence.

D'autres épileptiques offrent un tout autre type. Doux, obligeants, serviables, bons et fidèles, ils sont toujours prêts à remplir notre volonté, si seulement c'est dans leur pouvoir. Mais, malheureusement, ils deviennent bientôt incapables de faire ce dont on les charge. Ils s'endorment souvent en remplissant les plus simples commissions. Si vous les réveillez, ils ont l'air d'être confus, mais se rendorment en quelques minutes ; souvent ils oublient complètement ce dont vous les avez chargés. Ces malheureux sont incapables d'une vie indépendante et sont un lourd fardeau pour leur famille, grâce à la fréquence de leurs terribles accès et à l'affaiblissement de leur activité intellectuelle. Se rendant compte de la charge qu'ils sont pour leur famille, ils deviennent très pieux, très dévots et sont prêts à tout supporter ; cependant, leurs prières présentent souvent un caractère machinal et inconscient. Ordinairement ces malheureux se logent dans des hôpitaux et des asiles. Malgré la bonté et la pureté de leur caractère, il peut arriver que, sous l'influence d'illusions et d'hallucinations, ils commettent des actions très singulières et même immorales. Ainsi ils se plaignent injustement d'avoir été insultés, battus ou volés ; ces plaintes frappent de prime abord par leur absurdité et leur manque de sens. Ils baissent, de cette manière, peu à peu jusqu'à une démence absolue, et il ne reste de leur individualité qu'un triste souvenir.

Le développement de la démence à la suite de l'épilepsie est provoqué non par l'intensité des accès, mais par leur fréquence et leur grand nombre, de même que par l'intensité de l'état de dépression qui suit l'accès épileptique. L'épilepsie partielle est suivie plutôt d'une

altération du caractère et des sentiment moraux, que de celle des capacités intellectuelles.

Au point de vue médico-légal, tous les cas d'épilepsie peuvent être classés en trois catégories : 1° les cas d'épilepsie dans lesquels les capacités intellectuelles du malade restent, dans les intervalles entre les accès, intactes et inaltérées ; 2° les cas d'épilepsie où les accès sont accompagnés de fureur passagère, c'est-à-dire de trouble passager des capacités intellectuelles, et 3° les cas d'épilepsie où les malades manifestent, dans les intervalles entre les accès, un passage graduel à la démence épileptique.

Conformément à ces trois groupes, on distingue trois degrés de responsabilité. Pour le premier groupe, une responsabilité totale ; pour le second, une responsabilité partielle ; pour le troisième, une entière irresponsabilité.

Légrand du Saulle (1) a parfaitement raison, d'après mon opinion, en disant que les spécialistes en médecine légale doivent oublier la formule trop commode que l'épileptique est fou, ou il ne l'est pas. Cette formule n'est pas juste et peut mener à des méprises et des conséquences très tristes. Légrand du Saulle tient compte de l'état des capacités intellectuelles du malade par rapport au crime commis.

« Si l'esprit de l'épileptique était lucide, il est responsable ; si ses facultés intellectuelles étaient atteintes en partie, il doit subir une punition moins sévère, selon le degré de la force de résistance morale qu'il avait pu opposer ; s'il est fou, il est irresponsable. »

Cette opinion de Légrand du Saulle s'approche le plus de la vérité et ne réclame aucun commentaire.

La vie de chaque épileptique consiste dans une série d'accès épileptiques et dans l'espace de temps qui les sépare, ou intervalles lucides. En traitant la question de la responsabilité légale, il faut absolument prendre en considération ces deux états différents.

Commençons par l'épilepsie simple (*Epilepsia simplex*). Cette maladie consiste en ce que des convulsions épileptiques se manifestent de temps en temps dans la vie du malade. Comme le malade perd connaissance

(1) Légrand du Saulle. *Etude médico-légale sur les épileptiques*

pendant l'accès, il est naturel qu'il ne se le rappelle pas.

En étudiant les accès d'épilepsie simple, nous devons arrêter notre attention sur trois moments de la vie de l'épileptique : sur les accès épileptiques mêmes, l'espace de temps qui les sépare et le temps qui précède et qui suit immédiatement l'accès.

Ence qui concerne l'accès même, il ne peut pas être question de responsabilité pour une action commise dans ce moment-là. Le malade perd connaissance, par conséquent toutes les actions qu'il commet dans ce moment sont inconscientes, malades et il ne peut pas en être rendu responsable. Un homicide causé par la détente d'une arme à feu au moment où le malade tombait, un incendie occasionné par une bougie renversée dans ce moment, la discipline militaire enfreinte par un cri au moment de la chute, tout ceci sont des actes aussi irresponsables que les convulsions épileptiques mêmes.

Par conséquent, nous pouvons affirmer que *chaque action commise au moment de l'accès épileptique étant malade et inconsciente, le malade ne peut en être rendu responsable.*

Il est naturel que cette formule, très commode et très favorable pour les vrais criminels, provoque de fréquents essais de simulation ; mais c'est l'affaire de la médecine légale de veiller à ce que la société et le tribunal ne soient pas trompés, et il existe assez de moyens pour s'en assurer. Je trouve qu'un médecin qui constate que le crime a été commis au moment d'un accès épileptique et qui prouve qu'il n'y a pas eu de simulation, ôte la possibilité à la justice de délibérer sur la responsabilité du malade, l'irresponsabilité étant une suite naturelle et obligatoire de l'affirmation du médecin.

Le cas contraire ne peut avoir lieu que quand la compétence de l'expertise est mise en doute.

La question est plus difficile à résoudre quand il s'agit d'un état *précédant ou suivant l'accès épileptique*. Il y a des cas où les accès épileptiques commencent et se terminent subitement ; parfois le malade ne se doute même pas que quelque chose s'est passé en lui. Cela se rencontre surtout pendant l'épilepsie petit-mal. Il est naturel que dans ces cas-là il ne peut être question d'un état *précédant ou suivant l'accès épileptique*. Mais il y

a d'autres cas où l'accès est précédé de prodromes, de même qu'il est suivi de phénomènes morbides. La période des prodromes peut varier jusqu'à l'infini par rapport à sa durée, son intensité et son caractère. La durée peut être depuis quelques secondes jusqu'à plusieurs heures, plusieurs jours et même jusqu'à deux ou trois semaines. L'intensité des phénomènes morbides varie de même, depuis un état à peine perceptible et ne s'écartant presque pas de la normale jusqu'à des symptômes incontestablement morbides et propres à des psychoses.

Si l'on prend en considération que, dans l'espace de temps qui suit et qui précède l'accès, on remarque chez le malade une altération de la sensibilité affective des organes sensoriels et de l'activité intellectuelle, il est naturel de s'attendre à ce que ses actes, étant le résultat définitif de l'activité de sa sensibilité affective et de son intelligence, portent de même un caractère morbide. Les actes de ces individus seront bizarres et malfaisants. Il est naturel d'en tirer la conclusion que pendant les périodes précédant et suivant l'accès épileptique, les malades ne peuvent être rendus responsables de leurs actes, et les crimes commis par les épileptiques pendant ces périodes doivent être envisagés comme ceux d'un homme mentalement malade ou aliéné, par conséquent ne pouvant être soumis à une pénalité. Il y a plusieurs siècles, Zacchias a dit que trois jours avant et trois jours après l'accès, l'épileptique doit être envisagé comme irresponsable de ses faits et gestes.

C'est ainsi que la question nous apparaît, surtout à première vue.

Cependant, est-ce juste pour tous les cas? Non, et il est loin d'en être ainsi.

Nous porterons notre attention avant tout sur les cas où l'état précédant et suivant l'accès épileptique s'écarte si peu de la normale, qu'il est à peine, ou même pas du tout, à remarquer, comme c'est presque toujours le cas pendant l'épilepsie petit-mal et parfois pendant l'épilepsie grand-mal. Il est donc naturel que, dans des cas semblables, il ne peut être question d'irresponsabilité pendant trois jours avant et après l'accès.

Ensuite, il ne peut exister de doute que la période

des prodromes ne commence pas spontanément, mais peu à peu, et augmente à mesure que l'accès approche ; l'état qui suit l'accès épileptique ne se termine pas non plus du coup, mais en diminuant peu à peu, jusqu'à ce que le malade recouvre sa pleine conscience. Ces deux états se ressemblent donc par conséquent, mais en sens inverse. Il est naturel de s'attendre que, dans les deux cas, il y a une ligne de démarcation qui sépare un état de pleine conscience d'un état maladivement altéré, à demi-conscient et complètement inconscient. Il s'ensuit que le malade n'est pas également responsable et ne jouit pas entièrement de tous ses droits à ces différents moments. Et c'est ainsi, en réalité. Au moment de l'absence de connaissance, il ne peut être question de responsabilité. On ne peut non plus l'admettre dans la plupart des cas au moment d'un état maladif précédant et suivant l'accès. Cependant, il y a beaucoup de cas où l'on ne peut pas non plus nier la possibilité de la responsabilité.

On peut me faire le reproche de me contredire. Une fois que je constate que pendant les périodes qui précèdent et qui suivent les accès épileptiques nous voyons une altération de la sensibilité affective, de l'activité des organes sensoriels et de l'intelligence, je m'engage par là même à admettre que les actions commises pendant ces périodes-là et représentant un résultat inévitable d'une sensibilité affective et de pensées morbides, ou réflexe compliqué, seront de même morbides et par conséquent ne peuvent être suivies de responsabilité. C'est juste, mais cependant pas tout à fait. J'ai dit, premièrement : que pas tous les symptômes morbides des périodes précédant et suivant l'accès épileptique que j'ai indiqués, se montrent absolument en même temps. Au contraire, presque toujours nous n'en voyons qu'une partie. Secondement, l'intensité de ces phénomènes est loin d'être toujours la même ; une fois ils se manifestent avec beaucoup de violence, une autre fois très faiblement. Enfin, il faut aussi faire attention dans quel moment de telle ou telle autre période le crime a été commis. Plus ce moment se rapproche de l'accès, plus il y a de probabilité que l'acte a été inconscient.

Il y a des cas où la période précédant l'accès épilep-

tique se manifeste uniquement par de l'irritabilité et un esprit de chicane. Pent-on acquitter un meurtrier sans autre cause atténuante que de l'irritabilité? Il y a des cas où c'est possible, d'autres où ce n'est pas possible; il faut absolument préciser dans chaque cas donné le degré d'intensité que l'irritabilité pouvait atteindre et constater si cette dernière pouvait paralyser complètement l'activité normale de l'esprit. C'est le devoir et la charge de l'expertise médico-légale. Dans chaque cas semblable, l'expert doit prouver et expliquer au tribunal que, dans tel ou tel acte, c'est la raison qui a pris le dessus sur la passion morbide, ou le contraire, — ou bien que dans tel ou tel autre cas une certaine action a été le résultat d'une pensée saine ou morbide. On peut donc dire, par rapport aux crimes commis pendant l'état précédant et suivant l'accès épileptique, que le malade peut en être rendu responsable ou non, que la responsabilité doit en être relative et doit dépendre de l'opinion des experts, ou plutôt l'expertise selon qu'elle paraîtra plausible et persuasive.

Il est impossible d'admettre une irresponsabilité totale. L'épileptique est un être humain qui, quoique malade, a toutes les qualités et tous les défauts humains. La passion et le raisonnement lui sont propres comme à chacun. Il est plus capable d'exaltation qu'un homme bien portant. Il est donc naturel de craindre que l'épileptique ne tire profit de son malheur à l'insu de son prochain et n'en fasse son métier.

Tout en admettant dans beaucoup de cas une irresponsabilité totale, j'admets en même temps la nécessité de la responsabilité, mais d'une responsabilité « relative », prouvée par l'expertise.

En admettant une responsabilité relative pour les épileptiques dans les périodes précédant et suivant l'accès, nous ne pouvons pas approuver une thèse aussi générale que celle de Zacchias. Il y a des cas où l'épileptique ne ressent ni avant ni après l'accès aucune altération d'humeur, aucun changement dans l'activité des organes sensoriels ni de l'intelligence. On ne peut certainement pas admettre qu'un pareil épileptique soit reconnu irresponsable d'un crime qu'il a commis le premier ou le second jour avant ou après l'accès. Il serait

tout aussi peu naturel d'admettre la responsabilité d'un épileptique d'un crime commis le sixième ou le septième jour avant ou après l'accès, si l'état maladif dure chez lui de dix à quinze jours. La thèse générale de Zacchias nous prouve seulement que depuis longtemps on envisageait l'épilepsie et l'espace de temps qui précède et qui suit l'accès comme un état mental à tel point pénible, que souvent l'on ne peut accuser un homme pour les actes qu'il commet pendant cette période. L'activité mentale dans toutes ses régions s'altère à un tel point sous l'influence d'accès épileptiques, que l'état déprimé qu'elle provoque ne s'efface pas au moins pendant trois jours.

Tout en admettant entièrement cette altération profonde, nous ne devons pas oublier que cette altération est loin d'être également intense et également prolongée chez tous les malades. Nous ne devons non plus oublier que l'épileptique est un être humain et qu'il peut abuser de son état à son profit. Voilà pourquoi je suis d'avis que la responsabilité légale d'un épileptique, avant et après l'accès, doit être relative. Si l'épileptique commet un crime dans un état maladif, dûment constaté par les médecins, le tribunal n'aura certainement pas le droit de le rendre responsable d'une action malade. Si, au contraire, après avoir scrupuleusement examiné toutes les circonstances, les médecins constateront que l'épileptique a commis un crime avec préméditation, en jouissant de sa pleine conscience, sans influence de sensations et d'idées malades, mais cependant dans un état plus ou moins ébranlé par l'épilepsie, le crime ne peut rester impuni, quoique la punition doive être atténuée en raison de l'état maladif de l'épileptique.

Il nous reste à examiner l'espace de temps séparant les accès, les *intervalles lucides*. L'espace de temps séparant les accès épileptiques peut être de durée très inégale, depuis quelques minutes et quelques heures jusqu'à des semaines, des mois, des années et des dizaines d'années. Si les accès épileptiques sont faibles et rares, ils n'ont presque pas d'influence sur la vie morale et intellectuelle du malade. Nous rencontrons souvent parmi les épileptiques, non seulement des gens de sens commun, mais même des esprits éminents, hors ligne,

comme Mahomet, César, Napoléon I^{er}, etc. Il s'ensuit donc que, chez beaucoup d'épileptiques, les facultés de l'esprit et de l'âme dans les intervalles lucides, restent intactes et gardent toute la vigueur d'une activité normale jusqu'à la fin de la vie du malade. Il en résulte que dans tous les cas semblables, où l'on pourra prouver que le crime a été commis, non pendant l'accès épileptique même, ou la période de temps précédant ou suivant l'accès, mais pendant l'intervalle lucide, le coupable devra être au même degré responsable de son acte qu'une personne bien portante. Je répète que cette responsabilité totale ne peut être admise que dans le cas où l'expertise prouvera que le crime n'a été commis ni pendant l'accès, ni pendant la période précédant ou suivant l'accès. Il faut dans tous les cas être extrêmement prudent dans le jugement de pareils crimes et en examiner attentivement les moindres circonstances.

Mais il y a aussi des cas d'un autre genre. Si les accès épileptiques sont très fréquents et très violents, ils abaissent la vie morale et intellectuelle du malade, même pendant les intervalles lucides, jusqu'au dernier degré, jusqu'à l'état de démence (*Blödsinn*). Il ne peut naturellement pas être question de responsabilité de la part d'un pareil individu, non seulement pendant la période de l'accès, mais même pendant l'intervalle lucide, car c'est un dément, ses actes sont ceux d'un dément et il n'en est aucunement responsable.

Nous voyons donc que les intervalles lucides pendant l'épilepsie représentent deux états différents des facultés morales et intellectuelles : chez quelques malades, elles restent intactes et exigent une responsabilité totale en cas de crime; chez d'autres, elles sont profondément affectées, jusqu'à un état de démence (*dementia epileptica*, *Blödsinn*); ces malades-là ne peuvent pas être rendus responsables des crimes qu'ils ont commis dans cet état.

En parlant de la démence provoquée par des accès fréquents et violents de convulsions épileptiques ou de vertiges épileptiques, il faut ajouter qu'elle n'apparaît pas subitement, mais peu à peu, après plusieurs années et même après des dizaines d'années. Nous de-

vons donc porter notre attention sur *la période de temps pendant laquelle les facultés intellectuelles de l'épileptique passent d'un état parfaitement sain à celui de la démence.*

Il est naturel que dans les premiers temps après l'apparition des phénomènes épileptiques les facultés intellectuelles du malade, dans les intervalles lucides entre les accès, ne soient pas du tout altérées, ou bien si peu, qu'on le remarque à peine. Mais ensuite, avec le temps, les accès devenant plus violents et plus fréquents, l'activité intellectuelle de l'épileptique tombe de plus en plus et atteint enfin un état de démence absolue.

Il est compréhensible que la responsabilité d'un pareil individu ne peut pas être la même aux différentes périodes de l'abaissement de son activité intellectuelle. La responsabilité d'un pareil malade est en proportion inverse du cours de sa maladie. Plus la maladie a été violente et plus elle a influé sur son activité intellectuelle, plus sa responsabilité doit diminuer pour s'effacer enfin complètement. Cette période de la vie d'un épileptique a beaucoup d'importance sous le rapport médico-légal.

La question de la responsabilité peut justement surgir au commencement de l'affaiblissement de l'activité intellectuelle, quand nous voyons à côté de quelques actions absurdes, un nombre bien plus considérable d'actions parfaitement sensées et raisonnables. Admettre une irresponsabilité totale pendant cette période, serait donner carte blanche aux épileptiques pour toute sorte de crimes. Ni la société, ni la justice ne pourraient y consentir. D'un autre côté, en jugeant un crime, il faut examiner scrupuleusement s'il n'a pas été la suite d'un état affectif pathologique, propre à la névrose épileptique. Ensuite, si même il était prouvé que le crime a été commis en dehors de l'état pathologique de la pensée, du sentiment et de la sensibilité affective, il ne faudrait cependant pas oublier que le coupable est épileptique et que chaque crime se commet plus facilement sur un terrain épileptique que sur un terrain parfaitement sain.

Par cette raison, quand il y a à décider de la responsabilité d'un épileptique au moment où il passe de l'état

normal à la démence, une expertise médicale très sévère est indispensable, et même, si elle arrive à une conclusion négative, la *responsabilité* de l'épileptique à cette période ne peut être absolue et doit être considérablement atténuée.

Dans les cas où l'expertise prouverait incontestablement que le crime a été commis dans un état affectif pathologique ou sous l'influence de la faiblesse d'esprit, le coupable doit être reconnu *irresponsable* de son crime.

Le *caractère épileptique* a une importance très grande au point de vue médico-légal.

Cet état a le plus d'affinité avec les intervalles entre les accès épileptiques, dans les cas où les facultés de l'esprit et de l'âme de l'épileptique sont enclines à passer à la démence. Par conséquent, le caractère épileptique peut exiger l'application d'une responsabilité partielle ou d'une irresponsabilité absolue. L'une et l'autre exigent une expertise précise et suffisante.

Je considère tous les crimes commis dans un état d'*épilepsie psychique* irresponsables.

J'y insiste d'autant plus, que dans beaucoup de cas d'épilepsie psychique nous voyons les accès convulsifs ; dans d'autres cas nous ne pouvons que présumer des accès de convulsions nocturnes.

En résumant ce que j'ai dit sur l'épilepsie, je me trouve en droit de poser les conclusions suivantes :

Aux différents moments de la vie des épileptiques, leur responsabilité pour les crimes commis peut être de trois genres :

Une responsabilité absolue, une responsabilité relative et partielle et une irresponsabilité totale.

Une responsabilité absolue s'applique aux intervalles lucides, dans les cas où les régions intellectuelle et mentale de la vie des épileptiques restent intactes et non altérées. La responsabilité conventionnelle et partielle s'applique aux cas où les jugements sains de l'esprit non affecté des épileptiques ont été influencés par des manifestations morbides de la passion ou des organes sensoriels. Enfin, l'irresponsabilité totale suit tous les cas où les facultés de l'esprit et de l'âme ont été sérieusement atteintes par les accès épileptiques ; j'y rapporte : les accès épileptiques mêmes, en partie les périodes précédant et

suivant l'accès, l'état de démence épileptique, ainsi qu'en partie la période du passage de l'esprit normal à la démence, et les accès d'épilepsie psychique. Tous les cas que je viens de mentionner exigent, avant d'être jugés, une expertise médico-légale.

S. Khroulev (1) nous cite le cas suivant, pouvant servir d'exemple très instructif. La paysanne M..., âgée de vingt-deux ans, s'approcha, tenant un petit enfant sur les bras, d'un puits et, s'arrêtant tout à coup comme pétrifiée, laissa tomber l'enfant à l'eau. Quand elle revint à elle, elle ne se rappelait pas ce que son unique enfant était devenu.

Schilling (2) nous cite le cas suivant : une femme épileptique saisit une fois son enfant pendant la période précédant l'accès épileptique et s'enfuit avec lui hors de la maison. Elle courut jusqu'au bord d'un ruisseau et s'y assit. L'accès de convulsions ayant éclaté, elle laissa tomber l'enfant, qui se noya.

On peut trouver beaucoup de cas de crimes commis en état d'épilepsie psychique dans ma monographie (3). J'en citerai quelques-uns.

Pendant la guerre d'Orient, le cosaque N. F..., âgé de trente-cinq ans, se trouvait avec l'armée en Roumanie ; il fut envoyé avec un message à une ville voisine. Chemin faisant, il tua à coups de sabre plusieurs chevaux et blessa beaucoup d'habitants. Il ne garda aucun souvenir ni du crime commis, ni du moment où il l'avait accompli. Placé dans une clinique, il y eut des accès de petit mal.

P. K..., âgé de vingt-trois ans, né d'une famille névropathique, souffrait d'accès de grand mal qui se répétaient tous les jours. Dans les derniers temps, ces accès se remplacèrent par l'angoisse épileptique, ce dont le malade n'avait gardé aucun souvenir. Avant l'accès, K... pâlisait, son visage exprimait la terreur, ses yeux brillaient, il gémissait, criait, délirait et avait des hallucinations. Une angoisse sans nom s'emparait de lui ; il se grêttait avec fureur la région du cœur. Il était impossible d'empêcher K... de se faire du mal sans entraver

(1) S. Khroulev. Caractère des actes criminels, 1893, 89.

(2) Schilling. *Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin*, 1895, 2.

(3) P. Kovalevsky. *Epilepsie*, 1892, 2^e édition.

sa liberté. Il fallait lui mettre la camisole, car il tentait de s'arracher les yeux, de s'égratigner la figure et la poitrine, de déchirer ses habits, et ainsi de suite. Pendant un de ces accès, privé de la possibilité de se faire du mal avec les mains, il mordit trois fois de suite sa langue. Les accès une fois passés, il n'en gardait aucun souvenir.

W. Serbsky (1) cite deux cas où le malade avait mis le feu, se trouvant sous l'influence de l'épilepsie psychique.

Cas cité par Khroulev. B..., âgé de vingt ans, épileptique, s'approcha un jour de plusieurs enfants qui paissaient le bétail, et se mit à les menacer de son bâton ; les garçons prirent la fuite ; il rattrapa l'un d'eux, lui donna plusieurs coups de bâton à la tête et, quand le garçon tomba, se jeta sur lui en hurlant d'une voix sauvage et se mit à l'étrangler et à le jeter par terre ; puis il le laissa et alla dans la forêt où on le trouva endormi. Khroulev cite encore beaucoup d'autres cas très intéressants de crimes commis pendant l'épilepsie psychique.

Mosher (2) cite plusieurs faits d'homicide commis pendant l'épilepsie psychique ; le cas cité par Santangelo Spato (3) est aussi très intéressant. Salvator Guzzone commit depuis cinq heures du soir jusqu'à dix heures du soir toute une série de crimes sous forme d'attentats, pendant un accès de fureur épileptique. Guzzone souffrait depuis sa dixième année d'épilepsie motrice, psychomotrice et psychique. Revenu un jour à la maison à cinq heures du soir, il mit à la corde l'âne qu'il avait monté. Sa fureur commença depuis ce moment. Il se mit à courir, en criant comme un fou. Sa sœur court après lui. Il se jette sur elle et lui donne un coup à la poitrine avec son poing et ensuite avec un couteau. Puis il donne un coup à un paysan et le blesse. Sa mère et son autre sœur accourent. Il leur donne aussi des coups et les blesse. En entendant les cris des victimes, on accourt au secours et on

(1) W. Serbsky. Aliénés mis en observation. *Archives psychiatriques*, 1888.

(2) Mosher. Mental epilepsy, *The journal of mental and nervous disease*, 1893.

(3) Santangelo Spato. *Il Pisani*, 1893.

les emporte. Par hasard un des paysans qui s'était approché avait une pelle en fer à la main. G... la lui arrache des mains et le frappe à la poitrine. Puis il jette une pierre à la tête d'un petit garçon. Une foule se rassemble, il la disperse à coups de pierres ; un homme reste mort à la suite d'une blessure reçue. G... s'enfuit et frappe à la figure la première personne qu'il rencontre. Il force la porte d'un logement étranger dont il insulte et bat le maître. Puis il court chez le notaire. En chemin, il donne des coups de poing à droite et à gauche et jette des pierres. Il court à la caserne des carabiniers en criant : « Arrêtez-moi ! arrêtez-moi ! dites-moi ce que j'ai fait ! » Il court plus loin, se jette dans un logement étranger et y insulte tous les habitants. Il bat un moine et veut le piller. Le voilà de nouveau courant dans la rue. On veut le saisir, mais il menace de tuer tous ceux qui s'approcheront de lui et s'échappe. Il rencontre un de ses parents, le blesse au cou avec son couteau et blesse la main de son serviteur. Enfin, à dix heures du soir, la police réussit à le saisir, mais non sans que plusieurs personnes ne soient blessées.

Le paysan S..., âgé de vingt-six ans, fils d'un ivrogne, avait reçu à vingt ans de fortes contusions à la tête, après quoi il se mit à souffrir d'accès d'épilepsie convulsive. Les accès devenaient de plus en plus violents et étaient accompagnés d'accès de fureur. On le liait quand les accès de fureur commençaient. Une fois, il parvint à se défaire de ses liens, incendia sa maison et s'enfuit par les potagers au champ. Bientôt après on l'y trouva endormi et quand il se réveilla, il ne se rappelait rien.

J'ai eu l'occasion d'observer le cas suivant (1) : P..., âgé de trente-huit ans, était arpenteur. Il contracta un mariage d'amour avec une jeune fille d'une famille assez aisée. Elle avait été élevée à l'institut et s'était mariée contre le gré de ses parents. Bientôt la désunion régna entre le jeune couple, provoquée par la différence de leurs caractères et par suite d'embarras pécuniaires ; cependant, ils continuèrent à vivre ensemble ; P... se distinguait par son bon caractère et adorait sa femme qui le traitait avec dédain et ne faisait que lui répéter qu'il

(1) P. Kovalevsky. *Analyses médico-légales*, t. I, p. 196.

n'était qu'un paysan. Quelques années après leur mariage, on entendit un soir des coups sourds dans leur chambre et la voix de P..., qui répétait : « Ah ! je ne suis qu'un paysan à tes yeux ! eh bien, tu ne pourras plus me le dire ! » Les voisins accoururent, forcèrent la porte et voici le tableau qui s'offrit à leurs yeux : la femme de P... était couchée par terre en chemise et lui, assis sur elle, lui tirait la langue d'une main, tandis que de l'autre il lui donnait des coups au visage avec son compas, en répétant : « Ah, je suis un paysan ! tiens, tiens ! » Quand on l'arracha du corps de sa femme, elle était morte, la tête fracassée, le visage mutilé. L'autopsie démontra : une fracture du crâne, une hémorragie au cerveau et aux membranes du cerveau, une fracture de la clavicule, une quantité de traces de coups reçus sur le dos, les bras, la poitrine et le ventre et une rupture du foie. Quand P... revint à lui, il ne se rappelait positivement pas ce qui s'était passé. Un examen très attentif de toutes les circonstances du fait donnèrent lieu d'affirmer que P... avait commis le crime dans un accès d'épilepsie psychique. Le tribunal était tout à fait de mon avis, quand un incident survint, comme je n'en avais jamais rencontré dans ma pratique, ni dans la littérature. L'accès épileptique pendant lequel P... avait commis le crime, était le premier dans sa vie ; le second accès éclata en ma présence pendant la séance du tribunal, quand on soumettait P... à un examen médical. Le prévenu était pâle, très épuisé, ses yeux brillaient et couraient d'un objet à l'autre, la pupille gauche était dilatée, son visage se contractait souvent, le pouls était très accéléré, de 120 à 140 degrés. Il était très agité, tremblait, chancelait et tombait presque. La voix tremblait. Il parla de son crime en termes suivants : « Pourquoi le cacher... Nous nous aimions... nous ne nous sommes pas compris... elle ne m'a pas expliqué. Je ne l'ai su que hier. J'étais si gai, si content hier, elle m'expliqua qu'elle m'aimait. C'est juste... Quand je coupais le melon d'eau, elle se trouva sous ma main... je lui donnai un coup... et puis la langue... pourquoi dire que je suis un paysan?... ensuite on me lia avec une corde... » En parlant ainsi, P... jetait des regards autour de lui et semblait regarder quelque chose atten-

tivement. Quand les médecins s'approchèrent de lui, il tressaillit et avait l'air de s'être effrayé. Il ne permit pas qu'on l'examinât. Il se plaignait d'une douleur violente dans la région du cœur, était extrêmement agité, ne finissait pas les phrases commencées, disait que sa femme venait souvent le voir, qu'elle était vivante et même présente dans ce moment. Elle le voit, mais lui ne peut qu'entendre sa voix. Il montrait une grande méfiance. Il fallait passer souvent d'un objet à l'autre pour ne pas l'irriter à l'extrême. Il fut emmené de la salle de séance. Dix minutes après on entendit des cris sauvages : « À l'assassin ! on tue les gens ! au secours ! sauvez-nous ! au secours ! » C'était P... qui avait un accès de fureur épileptique. Pendant qu'on le menait à l'hôpital, il s'endormit, et après son réveil, il ne se rappelait absolument pas ce qui était arrivé, ni le crime qu'il avait commis.

M. Serbsky (1) a décrit un cas très intéressant et très caractéristique d'imbécillité morale et de caractère épileptique. P... est accusé d'avoir incendié la maison paternelle. Le père de P... était ivrogne, sa mère buvait aussi de temps en temps, sa tante souffrait de mélancolie. Il a trente-six ans et il n'y a pas longtemps qu'il est revenu de la maison des aliénés, où il a passé treize ans. Il avait été placé à l'asile pour cause de blasphème, ayant craché sur une image sainte, insulté un prêtre et s'étant montré déshabillé à l'église. Il commença à boire à quatorze ans et but longtemps, mais il commit le crime n'étant pas ivre, « pour jouer un tour », disait-il. À l'asile, il commença par casser les vitres, fracassa la tête à un gardien, cassa un lit en fer. Il fut amené à l'asile sous escorte et enchaîné ; là, il fut placé dans le compartiment des fous furieux ; cependant, il commença bientôt à se conduire d'une manière irréprochable et fut transféré dans le compartiment des malades tranquilles. Amené à la chancellerie pour être soumis à un examen médical, il se mit à crier et à insulter toutes les personnes présentes, pour la seule raison que c'étaient les autorités. Aux questions qu'on

(1) W. Serbsky. Caractère épileptique. *Archives de psychiatrie*, 1887.

lui adressait à l'asile, il répondait généralement volontiers et en connaissance de cause, mais ensuite il se mettait à crier et à accabler tout le monde d'injures et de menaces ; d'autres fois, il répondait à contre-cœur, d'une manière grossière et insolente. Parfois des accès de furie le prenaient, après quoi il se tenait tranquille pour quelque temps. Dans la maison des aliénés on garda de P... le souvenir d'un homme extrêmement violent et dangereux. Néanmoins, ses parents ne le croyaient pas malade et insistèrent à ce qu'on lui permette de revenir à la maison. Il fut en effet rendu à ses parents sous leur responsabilité. P... se logea avec son père et ses frères dans une maison qui avait été achetée au nom de leur mère, mais qui avait été reconstruite il y a quinze ans aux frais du malade, ce qui la lui faisait envisager comme lui appartenant. Bientôt la désunion se fit remarquer entre les membres de la famille. On faisait le reproche au malade de vivre aux dépens des autres sans rien faire lui-même, car il n'avait pas réussi à se trouver une situation quelconque. Il est vrai qu'on lui avait proposé la place d'un écrivain, mais il fallait faire 30 verstes à pied pour s'arranger et il avait été trop paresseux pour les faire. Cependant, sa paresse ne l'avait pas empêché d'aller deux fois à pied à Lipetzk, où il resta quelque temps en société de vauriens et de faîneants ; les deux fois la police l'avait renvoyé à domicile comme vagabond, car il n'avait pas de passe-port. Il alla aussi à Tambof pour demander qu'on le reprenne à l'asile des aliénés, mais il n'y fut pas accepté. Il se fâchait souvent pendant les mésentendus qu'il avait avec les membres de sa famille et lança une fois une pierre à la tête de son père qui refusait de lui donner de l'argent. Une autre fois, la femme de son frère étant au moment d'accoucher, on le pria de s'en aller de la maison ; il saisit une grosse pierre et la lança à la tête de la mère, qui faillit en mourir. Le lendemain, comme on ne voulait pas le laisser entrer dans la maison, il en cassa toutes les vitres. Quelques jours avant l'incendie, il eut l'idée que son père pourrait vendre la maison et qu'alors il ne lui resterait rien. Il prit la décision de brûler la maison, pour que personne ne puisse en profiter. Pendant trois jours il en médita le plan. Il choisit à

depuis une nuit où il n'y avait pas de vent pour que les voisins ne souffrissent pas du feu, incendia le toit de chaume de sa maison et courut en avertir lui-même la police. P... souffrait de temps en temps, mais très rarement, d'accès de convulsions épileptiques (3 accès).

Le D^r Günzburg-Schick (1) nous cite aussi l'exemple d'un crime commis par un individu à caractère épileptique.

Morselli nous raconte un cas d'exhibitionnisme comme la forme d'équivalent épileptique (2). Un homme de trente-six ans avait été jugé six fois pour exhibitionnisme.

Un examen médical très consciencieux découvrit beaucoup de symptômes de dégénérescence dans l'organisme du prévenu et prouva que l'exhibitionnisme dont on l'accusait jouait le rôle d'équivalent épileptique.

En examinant tous les états d'épilepsie au point de vue de la responsabilité légale, nous devons reconnaître que tous ils sont passagers et se rapportent à une maladie, sous l'influence de laquelle le malade peut complètement perdre la tête et ne pas se rendre compte de ses actes ; tous ceux qui ont commis un crime pendant la folie épileptique doivent donc être jugés d'après l'article 96 du Code pénal. Le caractère épileptique et les états de démence et d'idiotie ne doivent pas entrer dans cette catégorie et doivent être soumis à l'article 95 du Code pénal et à toutes ses conséquences.

En ce qui concerne la simulation de l'épilepsie et les moyens de la découvrir, j'en ai dit assez plus haut. On ne peut que partager à ce sujet l'avis du D^r K. Orlof (3) émis dans un travail de grande valeur : « Quand on a à diagnostiquer l'épilepsie, je ne trouve pas juste de se laisser entraîner à chercher un des symptômes absolus de l'authenticité de l'accès, mais j'aurais conseillé de jeter un regard sur l'attitude du malade (les doigts des mains), d'examiner ses yeux et son pouls, de concentrer toute l'attention sur son visage et d'observer ce dernier jusqu'à la fin de l'accès. »

(1) Günzburg-Schick. *Archives de psychiatrie*, 1894, t. 5, p. 86.

(2) Morselli. Esposizione accessuale degli organi genitali come equivalente epileptoide, *Bolletino della R. Accademia medica di Torino*, 1894.

(3) K. Orlof. Principes du diagnostic des maladies simulées, 1894, p. 118.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1898.

Présidence de M. MEURIOT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Leroy, médecin-adjoint de l'asile d'Evrenx, sollicitant le titre de membre correspondant.
— Commission : MM. Bouchereau, Magnan et Boissier, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Bulletin de la ligue nationale contre l'alcoolisme*, 1898, n° 1 ;

2° *Archivio de jurisprudencia medica et antropologica*, n° 2.

M. AUG. VOISIN. — Le D^r Bateman, associé étranger de la Société médico-psychologique, m'a prié de présenter la seconde édition de son traité, intitulé : *L'idiot, sa place dans la création et ses droits dans la société*.

L'auteur se plaint en premier lieu de ce que l'on a accordé une moindre attention à l'idiotisme, qu'aux autres infirmités, et il attribue cette indifférence à la croyance qu'il n'y a aucune amélioration à obtenir chez l'idiot.

Notre collègue a pu, au contraire, observer le contraire dans l'asile d'idiots dont il est médecin consultant, depuis nombre d'années ; et il insiste sur les soins physiques, moraux, intellectuels, sur les moyens de développer les facultés sensitives et perceptives, de rendre ces infirmes utiles dans une certaine mesure.

Une ferme-école est adjointe à l'asile, et l'on a pu

former des élèves qui ont été ultérieurement placés dans des exploitations agricoles.

Une maison de convalescence sur le bord de la mer, *Crossley House*, vient d'être léguée à l'asile et complète heureusement l'asile du comté de l'Est.

Rapports de candidature.

M. MOREAU (de Tours). — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Dupain, Pactet et Moreau (de Tours), rapporteur, de vous présenter les titres de M. le D^r Dheur, candidat à la place de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Notre confrère n'est pas un inconnu de la plupart d'entre vous. Il a, en effet, fait ses premières armes dans les asiles de la Seine et M. Marandon de Montyel, qui l'a vu à l'œuvre et a pu le juger, vous dirait, tout le premier, le mérite du jeune confrère qui se présente à vos suffrages. Depuis deux années, M. Dheur est médecin adjoint à la maison de santé Esquirol d'Ivry-sur-Seine. La thèse du D^r Dheur, sur *l'état de la sensibilité chez quelques mélancoliques*, nous prouve un esprit sérieux, positif, s'attachant à l'étude minutieuse des faits et sachant tirer de ses observations le meilleur parti possible pour le traitement de ses malades.

Pendant son séjour assez prolongé auprès des aliénés, notre confrère avait été souvent frappé de la fréquence et de la variété très grande des troubles de la sensibilité que l'on rencontre chez les mélancoliques. Ces troubles que l'on observe presque toujours, pour peu qu'on se donne la peine de les rechercher, ont, il est vrai, déjà été l'objet de nombreux écrits de la part des médecins aliénistes et hygiénistes. Mais tandis que l'un s'occupe seulement de l'état de la sensibilité générale, l'autre s'élance d'emblée vers les sphères les plus élevées des sciences médicales et physiologiques, cherchant à résoudre un de ces nombreux problèmes que nous réserve encore l'étude de la sensibilité chez les aliénés. C'est surtout dans des observations éparses, dans les diverses publications médicales que les auteurs signalent tel ou tel trouble de l'appareil sensitif, nous laissant, le plus

souvent, dans l'ignorance la plus complète de l'état du reste de cet appareil chez le même sujet. Il lui a donc paru intéressant de rechercher chez un même malade toutes les perturbations qui peuvent se produire dans l'état de sensibilité et en examinant systématiquement et avec une même méthode plusieurs mélancoliques, a-t-il pu tirer des conclusions utiles pour le diagnostic. Je ne vous ferai pas une critique de ce travail très consciencieux à tout point de vue et que tous vous connaissez.

Depuis l'époque où notre confrère a passé sa thèse, de nombreux écrits ont été publiés par lui dans diverses revues, tous ayant trait à l'aliénation mentale. C'est un travailleur infatigable, un chercheur en même temps qu'un clinicien et un thérapeutiste consommé. En vous l'adjoignant comme collègue, la Société médico-psychologique trouvera en lui un membre actif et travailleur. Votre commission vous propose, Messieurs, d'accorder à M. le D^r Dheur le titre qu'il sollicite de vos suffrages.

M. Dheur est élu membre correspondant par 22 voix sur 24 votants.

M. RENÉ SEMELAIGNE. — Messieurs, le D^r Henry Meige ayant demandé d'être accueilli parmi nous en qualité de membre correspondant, vous avez désigné, pour examiner cette candidature, une commission composée de MM. Pierre Janet, Séglas et René Semelaigne, rapporteur.

Les titres de M. Meige ont déjà été étudiés par une de nos commissions, et exposés devant vous par M. Paul Sollier; je serai donc extrêmement bref, me bornant à vous rappeler que M. Meige, ancien élève du professeur Charcot, est aujourd'hui secrétaire de la rédaction de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* et de la *Revue Neurologique*. Dans sa thèse inaugurale, il a décrit ces névropathes, juifs pour la plupart et originaires de l'Allemagne ou de la Pologne, qui, depuis leur enfance, errent de pays en pays, cherchant, sans les trouver, un labour qui leur convienne, un remède qui les soulage. Ayant peint leurs souffrances, sans trêves et sans fin, il évoque l'antique légende du Juif errant; Isaac Laquedem ne semble-t-il pas le prototype des Israélites névropathes pérégrinant par le monde?

Mais si le D^r Henry Meige est un neurologiste distingué, c'est encore un artiste, possédant à fond l'œuvre des peintres et sculpteurs de l'antiquité, du moyen âge et de la renaissance, d'où ses études sur les maladies dans l'art. Je me borne à citer ses recherches sur les possédées et les hystériques.

Votre commission vous propose d'accueillir favorablement la demande de M. Meige et de lui accorder le titre de membre correspondant.

M. Meige est élu membre correspondant par 18 voix sur 21 votants.

M. P. SOLLIER. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Bourneville, Deny et Sollier, rapporteur, de vous exposer les titres de M. le D^r Julien Noir qui sollicite son admission comme membre correspondant de notre Société. Ancien procureur et lauréat de l'École de médecine de Clermont-Ferrand, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, conservateur du musée pathologique de Bicêtre, M. Noir n'a cessé de s'occuper des questions de pathologie nerveuse et mentale. Sa thèse importante sur les tics chez les dégénérés, les imbéciles et les idiots est certainement connue de tous. Faite dans le service de M. Bourneville, elle ne contient pas moins de 73 observations. Parmi les facteurs étiologiques des tics le plus important est l'hérédité, laquelle est rarement similaire. Dans les tares héréditaires l'alcoolisme tient toujours la première place. Le sexe ne paraît pas avoir grande influence et la proportion des tiqueurs est la même, environ 14 p. 100. L'âge, par contre, est beaucoup plus important. Presque tous les tiqueurs étaient très jeunes. A mesure que les enfants avancent en âge, les tics, et surtout les tics coordonnés, deviennent très rares. Le tic convulsif fait plus souvent exception à cette règle que le tic coordonné qui va toujours en s'aggravant. M. Noir ne peut pas plus que les autres auteurs se prononcer sur la pathogénie des tics. Il met à part une classe de tics, celle des tics coordonnés rythmiques, balancement, rotation de la tête, etc. Ils paraissent dépendre directement de la volonté et être exécutés dans un but de satisfaction, de soulagement des malades qui les exécutent.

Depuis cette thèse importante M. J. Noir n'a cessé de collaborer à la publication des comptes rendus du service des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre. Il ne me paraît pas utile de vous faire ici l'énumération de ces différents articles pour vous demander de voter l'admission de M. Noir comme membre correspondant de notre Société.

M. Noir est élu membre correspondant par 21 voix sur 22 votants.

M. ROUBINOVITCH. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Christian, Ritti et Roubinovitch, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature du Dr Sokalsky, de Saint-Petersbourg, au titre de membre associé étranger.

Notre confrère russe nous adresse à l'appui de sa candidature sa thèse de doctorat faite en 1897 et consacrée à *l'Etude du pouls et de la pression sanguine dans les psychoses aiguës*.

La question du pouls des aliénés est ancienne, puisque déjà en 1865 un auteur allemand, Wolff, y avait consacré un énorme volume dans lequel il essayait de définir le pouls pathognomonique de la folie. Depuis, des recherches très nombreuses ont été faites sur le même sujet, et à l'heure actuelle, trois opinions sont professées par différents auteurs : les uns nient l'existence d'une modification quelconque du pouls sous l'influence des troubles psychiques, tels Ziehe, Ragozine ; les autres, comme la plupart des aliénistes, admettent que le pouls se trouve modifié, mais sans que cette altération ait une signification pathognomonique ; viennent, enfin, quelques auteurs comme Greenlees, Whitwel, qui affirment l'existence d'un rapport intime entre l'affection mentale et l'état du pouls.

Dans ses recherches personnelles, M. Sokalsky a étudié le pouls et la pression sanguine chez des malades atteints de confusion mentale.

En ce qui concerne le pouls, il constate dans toutes ses observations une modification du pouls dite *pouls prédictrote* (*pulsus prædictroticus*). Qu'est-ce que le pouls prédictrote ? A l'état normal, et les recherches de Marey l'ont démontré depuis longtemps, la ligne de descente, celle qui suit immédiatement le petit plateau, présente

une légère ondulation qui constitue ce qu'on appelle le dicrotisme normal. En général, cette ligne de descente présente deux petits soulèvements ondulatoires avant de se transformer en ligne ascendante. Quand le premier de ces soulèvements ondulatoires est particulièrement développé et atteint en hauteur le plateau, pendant que le second est à peine accusé, on a une forme du pouls que les sphymologues désignent depuis longtemps sous le nom de pouls prédicrote. C'est cette modification que M. Sokalsky dit avoir toujours trouvée chez ses dix malades atteints de confusion mentale. Ce qui est vraiment digne d'intérêt dans les recherches de notre confrère, c'est que les malades une fois guéris présentent de nouveau un pouls dont la ligne de descente offre les caractères du léger dicrotisme normal. A ce point de vue, sa première observation est ou ne peut plus démonstrative. A côté du pouls prédicrote l'auteur a pu constater d'autres altérations tels que le pouls franchement dicrote, le pouls retardant, lent avec la ligne de descente particulièrement longue.

Il semblerait que ces faits donnaient à M. Sokalsky quelque droit à établir une relation entre les troubles psychiques et le pouls. Mais, en homme très prudent, il s'abstient et avec raison, croyons-nous, de conclure à un rapport de cause à effet entre ces phénomènes si complexes.

Pour l'étude de la pression sanguine l'auteur s'est servi du sphymomanomètre de Basch. Les résultats obtenus sont remarquables par leur extrême variabilité : c'est ainsi que chez certains malades atteints de confusion mentale, la pression sanguine était énorme, allant de 80 à 85 millimètres, et chez d'autres tout à fait minime, de 15 millimètres à 0. Ces variations ne s'observaient pas seulement chez les différents malades, mais chez le même sujet et cela pendant la même séance ; je trouve notamment dans une observation que la pression sanguine variait dans la même séance de 0 millimètres à 55 millimètres. Que conclure de là, sinon que chez ces malades la pression sanguine est dans un état de déséquilibre constant.

Chemin faisant, l'auteur note chez ses malades confus, de temps à autre, des phénomènes de stase avec cyanose

de la face ou des extrémités; il constate aussi que l'excitation des confus coïncide souvent avec un nombre de pulsations au-dessous de la normale.

Le travail de M. Sokalsky est fait avec un grand soin; ses conclusions sont empreintes d'une prudence scientifique très louable par ce temps où l'on bâcle des théories avec une légèreté qui n'a d'égale que celle avec laquelle on les démolit.

La commission vous propose donc d'accorder à notre confrère le titre d'associé étranger qu'il sollicite.

M. Sokalsky est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

Quelques réflexions générales à propos de la paralysie générale juvénile.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, au nom de M. E. RÉGIS, membre correspondant de la Société, donne lecture de la communication suivante :

Je demande la permission de soumettre à la Société quelques brèves réflexions sur la *paralysie générale juvénile*, à propos de la discussion soulevée dans la séance du 29 novembre dernier par la communication du cas de M. Sollier.

J'ai été grandement surpris de voir que M. Christian *ne croyait pas à la paralysie générale juvénile*. Déjà, au récent Congrès de Toulouse, M. Garnier, communiquant une observation à laquelle rien ne manquait pour être complète, n'en avait pas moins déclaré « qu'il s'était défendu le plus possible contre ce diagnostic, malgré l'évolution et la nature des symptômes », en raison de l'âge du sujet. J'ai déjà protesté à ce Congrès, contre les hésitations de M. Garnier; je crois devoir également me joindre à ceux qui ont protesté contre la négation de M. Christian.

En vérité, le moment me semble mal choisi pour contester l'existence de la paralysie générale juvénile. Cela eût été bon il y a quinze ans, à l'époque de la publication de mon premier travail; cela eût encore été concevable à la rigueur il y a quelques années, quand le bilan des observations se réduisait à une vingtaine. Mais aujourd'hui le doute n'est plus permis, car il existe

dans la science, comme je le disais au Congrès de Toulouse, *soixante-dix cas* au moins de paralysie générale juvénile. C'est là, on en conviendra, un chiffre assez respectable.

Ainsi qu'il arrive pour les maladies jusque-là méconnues, et sur lesquelles l'attention vient à être appelée, le nombre des faits de paralysie générale juvénile suit une sorte de progression arithmétique. De 1877, date de la publication, passée inaperçue, de la première observation, celle de Clouston, jusqu'en 1883, époque de celle que je publiai dans l'*Encéphale*, on n'en trouve qu'une autre, celle de Turnbull. Durant les six années suivantes, de 1883 à 1889, il en paraît 11. De 1889 à 1894, on en compte 19. Enfin de 1894 à 1897 non inclus, c'est-à-dire pendant trois ans seulement, elles s'élèvent à 22.

A l'heure actuelle, il s'en produit de tous les côtés. Le professeur Haushalter en présente trois cas en juillet 1897, à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie ; M. Garnier et M. Carrier, de Lyon, en communiquent un cas chacun au Congrès de Toulouse ; M. Sollier expose le sien en novembre 1897, à la Société médico-psychologique ; le D^r Carl. V. Rad, assistant à la clinique psychiatrique de Tübingue, en relate un, très détaillé au point de vue anatomo-pathologique, dans les *Archives de psychiatrie* de Westphal de janvier 1898 ; il y a quelques jours enfin, le D^r Saporito, médecin de l'asile d'aliénés criminels d'Aversa, m'annonçait l'envoi prochain, pour être publié dans un de nos périodiques français, d'un cas personnel.

On peut donc dire, d'après le chiffre actuel et la progression toujours croissante des observations, non seulement que la paralysie générale juvénile existe, mais encore qu'elle est moins exceptionnelle, moins rare qu'on l'avait pensé tout d'abord.

Les faits existants de paralysie générale juvénile ne sont pas que *nombreux* : ils sont encore *incontestables*.

Pour que leur authenticité s'imposât, il eut dû suffire de se rappeler quels en étaient les auteurs, soit en France, soit à l'étranger. Les noms de Clouston, Savage, Wiglesworth, Turnbull, Bristowe, Midlemass, etc., en Angleterre ; Westphal, Krafft-Ebing, Leidesdorf, Strümpell,

Sommer, Gudden, Alzheimer, etc., en Allemagne ; Rey, Vrain, Charcot et Dutil, Ballet, Legrain, Joffroy, Toulouse, Carrier, Sollier, Briand, Vallon, etc., en France, offraient en effet des garanties de compétence absolues, et c'est presque vraiment faire injure à ces savants que de mettre en doute leur diagnostic si bien affirmé.

Mais en dehors de cet argument, sur lequel je ne veux pas insister, il existe des preuves cliniques et des preuves anatomiques hors de toute contestation.

Qu'on lise les observations de paralysie générale juvénile qui ont été relatées. La description ne peut laisser aucun doute : c'est, dans la sphère somatique et dans la sphère psychique, le tableau le plus complet de la paralysie générale progressive, et il faut réellement le vouloir pour y découvrir des semblants de différences symptomatiques avec le type de l'adulte qui, d'ailleurs, n'est jamais fixe et univoque.

En réalité, l'identité est telle qu'elle l'est même trop pour M. Charpentier qui trouve les symptômes tellement précis que « les observations lui semblent avoir été commises avec préméditation ».

Ce n'est là, je m'empresse de le reconnaître, qu'une boutade spirituelle de notre excellent collègue qui nous a habitués à ces saillies, malicieuses peut-être, mais dépourvues de toute malveillante intention. Je ne crois pas en effet que M. Charpentier ait jamais eu l'idée de suspecter la bonne foi d'aucun des auteurs cités plus haut.

Je lui ferai remarquer, d'ailleurs, que cette concordance absolue des symptômes entre la paralysie générale juvénile et la paralysie générale commune se retrouve jusque dans les faits émanés de ceux qui hésitent à croire à la paralysie générale juvénile. Tel celui communiqué par M. Garnier au Congrès de Toulouse et où rien ne manque du tableau symptomatique, pas même le délire des grandeurs, qui cependant fait le plus souvent défaut chez les paralytiques adolescents. Cela suffirait, s'il en était besoin, à établir que l'identité clinique entre la paralysie générale juvénile et la paralysie générale de l'adulte est le fait de la maladie et non celui des auteurs.

Quant à l'anatomie pathologique, elle est aussi concluante que la clinique.

Sur 69 observations de paralysie générale juvénile rassemblées par M. Thiry, dans une très remarquable thèse sur le sujet, qu'il vient de soutenir il y a quelques jours à peine à Nancy, 42 ont été suivies d'autopsie. Dans tous les cas, les lésions étaient celles de la paralysie générale. Dix-neuf fois l'examen microscopique, pratiqué avec soin, révéla les altérations caractéristiques des méninges, des vaisseaux, des cellules dans le cerveau et dans la moelle.

Les trois cas observés par M. Thiry dans le service du professeur Haushalter sont tout particulièrement typiques à ce point de vue, parce que l'autopsie a été complète et que la description des lésions et l'étude des planches qui les illustrent ne peuvent laisser place au doute.

A ces cas, il faut d'ailleurs en ajouter bien d'autres, notamment celui de Carl. v. Rad, cité plus haut, dont la relation histologique est absolument détaillée, et l'un de mes derniers cas personnels, dont l'autopsie encore inédite, pratiquée par M. le Professeur agrégé Sabrazès, paraîtra prochainement dans la thèse d'un de mes élèves.

Je ne doute pas que les faits actuellement en cours d'observation, notamment ceux de MM. Carrier, Sollier et même celui de M. Garnier, ne soient suivis, à l'autopsie, des mêmes constatations anatomiques indiscutables.

A ces preuves, absolument péremptoires, qu'oppose-t-on pour contester l'existence de la paralysie générale juvénile? De simples affirmations, j'oserais presque dire de simples idées préconçues. M. Garnier, lui, part de ce principe que la paralysie générale ne peut être qu'une maladie de l'adulte. Avec cette conviction, il est évident que lorsqu'il se trouve, comme cela lui est arrivé, en présence d'un cas de paralysie générale juvénile, il doit être naturellement porté à se défendre contre ce diagnostic. Il devrait même, en bonne logique, aller plus loin et rejeter d'emblée, comme autant d'erreurs, toutes les paralysies générales antérieures à l'âge mûr, c'est-à-dire au-dessous de vingt-huit ou trente ans. Telle est, en effet, la conséquence forcée de son opinion. En réalité, nous le savons, les maladies s'accommodent mal des limites strictes dans lesquelles nous essayons théo-

riquement de les emprisonner, et la paralysie générale en particulier reste toujours la paralysie générale, quelle que soit l'époque où elle se manifeste.

Quant à M. Christian, il déclare qu'il ne croit pas à la paralysie générale juvénile. Il ne lui paraît pas démontré, par l'anatomie pathologique, que ce soit de la paralysie générale; il s'agit là, pour lui, d'encéphalites, d'affections cérébrales, d'idiotie acquise, de démence précoce.

La clinique et l'anatomie pathologique ont déjà répondu à M. Christian. Quant à ce qui est de confondre l'idiotie congénitale ou acquise avec la paralysie générale juvénile, cela est possible en effet, mais avec cette différence que ce n'est pas l'idiotie qui est prise pour de la paralysie générale juvénile, mais au contraire la paralysie générale juvénile qui peut être prise pour de l'idiotie.

Tandis que M. Christian n'a pas cité de fait à l'appui de son opinion, je puis en relater au moins deux à l'appui de la mienne. L'un est un cas, relaté par Middlemass en 1894, d'une jeune fille morte à dix-huit ans après un affaiblissement physique et mental progressif ayant duré quatre années. En l'absence de renseignements sur les antécédents, le diagnostic ne fut pas porté et dans l'asile où était traitée la malade, on la considérait comme une simple idiote. On fut tout surpris, à l'autopsie, de rencontrer toutes les lésions caractéristiques de la paralysie générale, quel'auteur énumère, en détail. Le second cas est celui d'un des malades dont j'ai publié l'observation en 1894. Entré quelque temps après dans un asile, sans que l'attention fût attirée sur lui, on le considéra jusqu'à la fin comme un dégénéré atteint de démence précoce avec épilepsie. Or l'autopsie, pratiquée par M. Sabrazès, révéla, bien entendu, dans le cerveau les lésions macroscopiques et microscopiques de la paralysie générale.

On peut donc confondre la paralysie générale juvénile avec l'idiotie, mais surtout on le voit, dans un sens opposé à celui qu'indique M. Christian.

En présence de ces données et sans entrer dans les longs détails que comporterait la question, il nous paraît impossible de contester sérieusement l'existence de la

paralysie générale juvénile. Cette contestation n'a lieu d'ailleurs qu'en France, car à l'étranger, cette variété de la paralysie générale est universellement acceptée. Persister à la mettre en doute devant le nombre chaque jour plus grand de faits absolument authentiques serait mettre en doute l'évidence même et, à ce titre, on ne voit pas quelles sont les observations, serait-ce de paralysie générale de l'adulte, qui pourraient échapper à une accusation d'erreur.

Au surplus, en quoi l'existence d'une paralysie générale juvénile est-elle si vraiment extraordinaire qu'il faille d'emblée la rejeter? Est-ce qu'il n'a pas été démontré, dans ces dernières années, que les maladies organiques du système nerveux qui se rapprochent le plus de la paralysie générale, le tabes, la sclérose en plaques, pouvaient s'observer chez l'adolescent? Est-ce que ces découvertes cliniques, faites parallèlement et sans entente commune, ne s'appuient pas et ne se complètent pas l'une par l'autre?

Il y aurait beaucoup à dire sur les relations de la paralysie générale juvénile avec les maladies organiques du système nerveux chez les adolescents et c'est un des points de la question qui restent encore à étudier. Je me borne pour l'instant à signaler cette particularité curieuse, que j'ai déjà relevée, à savoir que la paralysie générale juvénile présente assez souvent, comme elles, le caractère *familial* et qu'il n'est pas rare de l'observer chez des jeunes gens dont des frères, des sœurs, des parents sont ou ont été atteints de paralysie générale.

Il ne faut donc pas que la croyance à une paralysie générale exclusivement maladie de l'adulte soit une sorte de dogme intangible. Du jour où il est démontré qu'elle existe dans l'adolescence, et qu'elle y est même fréquente, il faut nécessairement s'incliner, comme on doit toujours s'incliner devant les faits.

Je n'ai parlé ici que de l'existence même de la paralysie générale juvénile, seul point en discussion. J'ai volontairement évité de toucher à son étiologie, ne voulant pas aborder encore aujourd'hui la grande question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis. Qu'il me suffise de rappeler que la plupart des auteurs qui ont observé de façon assez complète des cas de para-

lysie générale juvénile, ont dû les attribuer à la syphilis héréditaire, évoluant sur un terrain prédisposé. Certains, dans ces dernières années, ont même cherché à établir que les lésions artérielles trouvées à l'autopsie des paralytiques adolescents étaient des lésions syphilitiques. Carl v. Rad, par exemple, intitule son travail de la façon suivante, très significative : « Sur un cas de paralysie générale juvénile d'origine hérédo-syphilitique, avec lésions vasculaires spécifiques ».

J'ai déjà dit, il y a quelques années, et M. le professeur Fournier l'a confirmé, que la paralysie générale juvénile constituait, entre beaucoup d'autres, un argument puissant à l'appui du rôle prépondérant de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale. Les faits, au fur et à mesure de leur production, tendent à établir de plus en plus cette opinion, chaque jour grandissante et qui finira certainement par s'imposer.

M. CHRISTIAN. — Je commence par remercier M. Ritti d'avoir bien voulu, avant la séance, me communiquer la note de M. Régis. Cela me permet d'y répondre brièvement.

La paralysie générale *juvénile* et même *infantile* est plus ancienne que ne semble le croire M. Régis. Le premier cas publié par lui est de 1877 : or, dans un livre paru en 1847, intitulé : *Traité de la Paralysie générale chronique*, Hubert Rodriguez, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, rapporte un grand nombre d'observations parmi lesquelles je relève les suivantes :

Obs. XIV. Paralysie générale chez une fille de 15 ans, la maladie ayant commencé à cinq ans (!);

Obs. XVIII. Enfant de huit ans, idiot de naissance ;

Obs. XX. Jeune homme de vingt-deux ans ;

Je trouve, dans le même ouvrage, des paralysies générales chez des vieillards de 71, 72, 78 ans.

Puis bon nombre de cas suivis de guérison.

Qu'en faut-il conclure ? C'est qu'il y a plusieurs manières de concevoir la paralysie générale, et qu'on peut de très bonne foi différer d'avis sur une question de diagnostic.

Qu'un malade ait présenté pendant la vie de l'affaiblissement de l'intelligence avec quelques troubles de la motilité, qu'à l'autopsie on trouve chez lui une ménin-

gite plus ou moins développée, cela suffit, pour beaucoup d'auteurs, et on le déclare dûment atteint de paralysie générale.

A mon sens il y a là une exagération. C'est méconnaître la paralysie générale que de n'en pas faire une maladie bien nettement déterminée, une entité clinique, avec ses symptômes constitutifs, parmi lesquels le délire. Or cette paralysie générale type, je ne l'ai jamais rencontrée chez les jeunes gens, encore moins chez les enfants.

Il y a plus de quinze ans, j'ai publié dans les *Annales* une série d'articles où je faisais ressortir les difficultés du diagnostic de la paralysie générale ; je disais notamment qu'il n'est pas d'affection cérébrale chronique, qui, à un moment donné, ne puisse simuler plus ou moins exactement une paralysie générale. S'il n'en était pas ainsi, aurait-on inventé les pseudo-paralysies ?

Et comment aurait-il pu se faire que les aliénés chroniques que j'ai vus à Charenton, aient presque tous, les deux tiers au moins, passé pour paralytiques généraux, à un moment donné, et aux yeux, non pas de médecins ignorants ou inattentifs, mais à ceux d'aliénistes consommés. L'an dernier, est mort dans mon service un vieillard de soixante-cinq ans, aliéné depuis l'âge de vingt ans. En 1856, Aubanel le déclarait atteint de paralysie générale, j'ai vu le certificat ; cependant c'était un simple persécuté, et je n'ai trouvé aucune trace de méningite à l'autopsie.

J'ai soigné pendant trois ans un journaliste dans la force de l'âge ; antérieurement il avait été traité à l'étranger et considéré comme paralytique par un aliéniste éminent, professeur de psychiatrie dans une université. Pour moi je n'ai jamais pu constater chez lui aucun signe de paralysie, et quand j'ai fait son autopsie, j'ai trouvé tout simplement un foyer de ramollissement limité dans le lobe antérieur du cerveau.

Une discussion complète de la question m'entraînerait trop loin. Je n'ai aucun parti pris absolu pour ou contre les paralysies générales infantiles ou juvéniles : il n'est pas niable cependant que toutes, ou presque toutes les observations publiées, présentent quelque chose d'insolite, s'écartent plus ou moins du type clas-

sique. N'en est-il pas ainsi de celle même que M. Sollier nous a lue à la dernière séance ?

Je serais presque tenté de dire que, chaque fois que l'on trouve chez un malade des symptômes de *paralysie* franche et nette, on peut être presque certain qu'il ne s'agit pas de l'affection que nous appelons *paralysie générale des aliénés*.

*Les lésions cérébrales de la paralysie générale
étudiées par la méthode de Nissl.*

M. GILBERT BALLEZ. — Je désire faire passer sous les yeux des membres de la Société quelques dessins qui sont la représentation très fidèle (on en pourra juger par l'examen comparatif des préparations) de coupes microscopiques de l'écorce cérébrale de paralytiques généraux, colorées par la méthode de Nissl.

I. Cette méthode consiste, on le sait, à durcir promptement dans l'alcool à 96 degrés de petits fragments de substance nerveuse et à colorer les coupes de ces fragments par le bleu de méthyle ou le bleu dit polychrome. Elle présente, pour l'étude de certaines des lésions de la paralysie générale, des avantages incontestables sur les autres procédés de coloration (picro-carmin, hématoxyline-éosine) : 1° les cellules et leurs noyaux sont seuls teints, indépendamment du fond de la préparation qui reste incolore ; aussi ces cellules, cellules nerveuses ou névrogliales, cellules des parois vasculaires ou leucocytes sortis des vaisseaux par diapédèse, se détachent-elles avec netteté ; 2° la coloration de Nissl met en évidence certaines particularités structurales de la cellule nerveuse : elle permet de distinguer nettement les deux éléments constitutifs du cytoplasma, le spongioplasma et les granulations chromatophiles. Il en résulte qu'appliquée à l'étude du tissu nerveux malade, elle rend manifestes certaines altérations du protoplasma cellulaire que ne décèlent pas ou que décèlent mal les autres procédés de coloration.

Cette méthode a été, je crois, peu utilisée jusqu'à présent par les histologistes français dans les recherches sur l'encéphalite diffuse. A l'étranger on paraît y avoir recouru davantage : Binswanger notamment l'a heureu-

sement mise à profit. Vous allez pouvoir juger, du secours précieux qu'elle est susceptible d'apporter aux recherches qui concernent l'anatomie pathologique de la paralysie générale.

Voici deux dessins qui représentent : l'un, une coupe de cerveau normal faite sur un fragment du lobule paracentral et examinée à un grossissement de $\frac{45}{1}$; l'autre la

coupe correspondante prélevée sur un cerveau de paralytique. Sur la première, on distingue aisément les quatre couches admises par Schwalbe et Ramon y Cajal, couche granuleuse, couche des petites cellules pyramidales, couche des grandes cellules pyramidales, couche des cellules polymorphes. La seconde présente avec la première un contraste frappant : les couches y sont encore reconnaissables, mais difficilement : l'attention est tout d'abord attirée par la présence d'un grand nombre de vaisseaux surtout dans la troisième couche, et la substance blanche sous-corticale ; les cellules nerveuses paraissent moins nombreuses, elles sont en tous cas moins distinctes, perdues qu'elles sont au milieu d'un semis abondant de noyaux.

Ce contraste et ces détails sont encore plus nets sur ces deux autres dessins qui reproduisent des régions correspondantes des mêmes coupes avec un grossissement plus fort ($\frac{130}{1}$).

Mais il est surtout intéressant d'étudier les lésions avec un fort objectif et nous allons passer en revue celles des *vaisseaux*, de la *névroglie*, des *cellules nerveuses*.

Vous pouvez voir sur cette figure ($\frac{250}{1}$) avec quelle netteté se montrent les lésions *vasculaires*. Ce qui frappe, c'est la dilatation énorme des vaisseaux (artérioles et capillaires) ; c'est l'engainement de ces vaisseaux par un manchon de corpuscules lymphatiques qui distendent la gaine adventitielle ; c'est l'accumulation du pigment sur certains points, particulièrement au voisinage des bifurcations. Ces altérations sont décelables sans doute par d'autres réactifs colorants que ceux em-

ployés dans la méthode de Nissl, par l'hématoxyline notamment et même le picro-carmin, et elles ont été depuis longtemps décrites par tous les observateurs. Mais la méthode de Nissl, jugez-en par comparaison, les met en évidence plus nettement que toute autre.

On en peut dire autant de la multiplication des *cellules blanches* qui, émigrées des vaisseaux par diapédèse, ou dues peut-être pour une part à la prolifération des éléments cellulaires de la névroglie, s'accumulent dans le tissu interstitiel, principalement au voisinage des vaisseaux ou au pourtour des cellules nerveuses. A un grossissement de $\frac{600}{1}$ on distingue aisément des petites

cellules blanches (*lymphocytes*) à petit noyau très coloré et à protoplasma rare, de gros globules blancs constitués par un protoplasma assez abondant et par un noyau volumineux, irrégulier de forme, moins imprégné que celui des lymphocytes par le bleu de méthyle, enfin des leucocytes polynucléaires.

Mais l'intérêt de la méthode de Nissl est surtout relatif à l'étude des lésions des cellules nerveuses. Vous pouvez voir sur ce dessin qui représente des cellules à un grossissement de 600 diamètres les altérations profondes que ces cellules ont subies. Examinons de préférence les éléments de la troisième couche (grandes cellules pyramidales) ou les cellules géantes de Betz. Sur les unes et les autres les lésions sont analogues : l'élément tend à perdre sa forme triangulaire pour devenir ovalaire ou arrondi ; les prolongements protoplasmiques sont atrophiés, peu visibles ; les granulations chromatophiles ont pour la plupart subi une façon de fonte ; ou bien elles sont réduites en une sorte de poussière très fine, ou bien elles se sont comme dissoutes dans la masse du protoplasma.

Je ne veux pas aujourd'hui entrer dans de plus amples détails, mon intention étant moins de décrire les lésions de la démence paralytique que de vous montrer, en appelant vos regards sur quelques préparations et quelques dessins, le parti qu'on peut tirer de la méthode de Nissl pour l'étude de ces lésions et pour la solution de quelques-uns des problèmes qu'elle soulève.

2. — L'une des questions qui ont préoccupé le plus les anatomo-pathologistes est celle de l'ordre de subordination des altérations. On sait que pour beaucoup d'auteurs (Magnan, Mierzejewski, Mendel, etc.), la lésion première et constante est celle de la trame névroglique, la paralysie générale serait une encéphalite interstitielle; pour d'autres, au contraire (Tuczeck, Ziegler, Binswanger, Joffroy, Pierret, etc.), le processus intéresserait tout d'abord les éléments nobles du tissu nerveux, soit les tubes nerveux, soit les cellules; la paralysie générale serait une encéphalite parenchymateuse. Plus j'étudie l'anatomie pathologique de la maladie, plus je me convaincs que les lésions premières, celles qui dominent en importance et commandent les autres, sont les lésions vasculaires. Dans tous les examens que j'ai pratiqués, et ils commencent à être nombreux, j'ai toujours rencontré ces lésions vasculaires; au contraire, les lésions des cellules m'ont paru inconstantes, de degré variable et subordonnées quant à leur importance à l'importance des altérations des vaisseaux. Angiolella a retrouvé, dans le foie et le rein, des lésions artérielles analogues à celles qu'on observe dans le cerveau: ce fait constitue un argument de plus en faveur de la localisation première du processus sur les vaisseaux. Ce n'est pas à dire que les altérations cellulaires soient, comme quelques auteurs l'ont avancé, le résultat de l'étranglement mécanique des cellules par le tissu interstitiel proliféré: leur pathogénie paraît plus complexe et elles semblent relever moins de cette compression par la névroglie épaissie que des troubles de l'assimilation tenant, soit à la gêne circulatoire, soit à l'action des toxines charriées par le sang.

Il est juste d'ajouter que les auteurs qui ont étudié dans ces derniers temps l'anatomie pathologique de la paralysie générale, ne se rangent pas tous à l'opinion que nous venons d'exprimer au sujet de l'antériorité des lésions vasculaires. Binswanger, notamment, pense que d'ordinaire les altérations premières sont celles des cellules: il appuie son opinion sur les résultats d'examen qu'il a pratiqués à des périodes peu avancées de la maladie. Il y a lieu de se demander, en présence de ces divergences, si le processus de la paralysie générale

ne serait pas variable suivant les cas. *A priori*, l'hypothèse n'a rien qui choque l'esprit ; les choses pourraient se passer du côté du cerveau comme elles se passent du côté du foie ; or, on sait que les lésions hépatiques varient suivant l'intensité d'action des poisons ou toxines qui influencent la glande : l'intoxication du foie peut être si rapide que les cellules dégèrent avant que les vaisseaux et la gaugue conjonctive aient eu le temps de réagir (phosphore, arsenic) ; d'autres fois, au contraire, l'empoisonnement est plus lent, l'irritation se localise d'abord aux ramifications de la veine-porte et au tissu conjonctif avoisinant et les cellules ne sont que peu et tardivement touchées. Quoi qu'on puisse penser de la solution du problème, celui-ci est dès maintenant nettement posé, et il nous paraît difficile qu'avec les techniques dont nous disposons aujourd'hui, il ne soit bientôt résolu. Mais il est à peine besoin de dire que l'histologie, et une histologie délicate, peut seule le trancher ; ce serait, ce nous semble, poursuivre un but chimérique que de prétendre, comme l'ont fait récemment MM. Mairret et Vires, résoudre par la clinique une question qui ressortit exclusivement à l'anatomie pathologique.

3. — Je voudrais me demander maintenant si des lésions histologiques que je me suis attaché à faire passer sous vos yeux, on peut induire quelque enseignement au sujet de l'origine et de la nature de ces lésions. Cela m'amène, Messieurs, à toucher à la question encore controversée des relations de la paralysie générale et de la syphilis. Si je ne m'abuse, depuis quelques années, la croyance à ces relations a gagné beaucoup de terrain. L'origine spécifique de l'encéphalite diffuse, il y a encore peu de temps, passait ici pour une téméraire hypothèse ; je crois bien qu'elle a pour elle aujourd'hui la plupart des membres de la Société. Toutefois elle trouve encore parmi nous quelques adversaires. Les arguments que ces derniers invoquent contre elle sont de divers ordres ; mais l'un de ceux sur lesquels on a le plus complaisamment insisté, c'est l'argument qu'on pourrait appeler anatomo-pathologique. On a fait remarquer que les lésions syphilitiques, au moins dans la syphilis viscérale, sont des lésions circonscrites, à forme nodulaire ou gommeuse, et que leur physio-

nomie habituelle diffère d'une façon frappante de celle des lésions de l'encéphalite diffuse.

M. le professeur Fournier (1), qui a contribué, plus que tout autre, à établir les relations de la syphilis et de la paralysie générale, a répondu à l'objection. Il a fait judicieusement observer que cette objection, comme je l'avais déjà relevé (2), repose sur une véritable pétition de principe. Déclarer *a priori* que les lésions spécifiques doivent reproduire un type toujours identique à lui-même, et éliminer du cadre des affections ressortissant à la syphilis toutes celles qui ne reproduisent pas ce type anatomo-pathologique, c'est résoudre la question par la question et commettre « une généralisation illégitime, prématurée ». « Les lésions de la paralysie générale, dit M. Fournier, n'avaient pas paru jusqu'à ce jour devoir être considérées comme pouvant dériver de la syphilis ; eh bien, il faut admettre qu'elles peuvent dériver de la syphilis, puisque l'étiologie et la clinique nous apprennent que très fréquemment la paralysie générale est de provenance, d'origine syphilitique. » J'estime qu'on peut aller plus loin que M. Fournier et avancer que si de l'étude des lésions de la paralysie générale on peut inférer leur origine, ces lésions plaident non pas *contre*, mais *en faveur* de l'étiologie spécifique. Et d'abord, qu'on me permette de remarquer que ce serait faire appel à une anatomie pathologique vieillotte, de supposer que la forme nodulaire ou gommeuse soit la seule qu'affectent les lésions syphilitiques. Ne savons-nous pas que dans certains organes, la moelle notamment, elles revêtent souvent la forme de lésions diffuses ? C'est ce qui a lieu par exemple dans la myélite diffuse embryonnaire (Gilbert et Lion, Lamy). Or l'analogie est frappante entre les lésions qui constituent cette variété de myélite spécifique et celles de la paralysie générale : c'est un point que M. le professeur Raymond (3) s'est attaché naguère à mettre en relief.

(1) A. Fournier. *Les affections parasymphilitiques*. Paris, 1894 Rueff, éditeur.

(2) Congrès de Médecine mentale, in *Comptes rendus*, p. 492, 1889.

(3) F. Raymond. Contribution à l'étude de la syphilis du système nerveux, in *Arch. de neurol.*, Janvier 1894.

Cela dit, lorsqu'on jette un coup d'œil sur les altérations vasculaires que j'ai fait passer sous vos yeux, l'impression première qui se dégage de leur examen, c'est que ces altérations, suivant toute vraisemblance, sont de nature infectieuse. La seconde pensée qui se présente à l'esprit c'est que des lésions de cette physionomie, à évolution lente et chronique, ont des chances pour relever de la syphilis : voilà l'opinion que n'hésitent pas à formuler les anatomo-pathologistes non prévenus lorsqu'on leur soumet les préparations ou les dessins que vous venez d'examiner. J'ai tenté l'épreuve, et les réponses ont été toujours celles que je viens d'indiquer. Peut-on, dès lors, continuer à prétendre que les lésions de la paralysie générale militent contre l'origine spécifique de l'affection ? J'estime qu'au contraire elles constituent plutôt un argument de plus en faveur des relations qui rattachent la paralysie générale à la syphilis.

4. — Puisque j'ai touché à cette question brûlante qui divise encore la Société, des rapports de la syphilis et de la méningo-encéphalite, permettez-moi de profiter de l'occasion pour présenter à ce sujet quelques remarques.

L'un des principaux arguments qu'on a invoqués en faveur de l'origine spécifique de la paralysie générale est emprunté à la statistique : or, il y a peu de temps, M. Christian a fait ici même à propos du sujet, le procès de la statistique. Je regrette de rencontrer M. Christian parmi les adversaires de l'opinion que je soutiens : son opposition serait de nature à me donner à réfléchir, car notre éminent collègue nous a accoutumés à l'entendre parler le langage de la clairvoyance et du bon sens ; mais sur la question particulière qui nous occupe, j'ai la conviction qu'il se trompe. Je suis tout prêt à m'associer aux critiques qu'il a dirigées contre la statistique ; rien n'est trompeur, en effet, comme une statistique mal interprétée ou mal faite. Or, n'est-ce pas une statistique défectueuse au point de vue de l'interprétation, que M. Christian nous proposait, lorsqu'il nous demandait, il y a quelques séances, de rechercher combien de paralytiques généraux ont eu la rougeole, espérant ainsi démontrer, ce qui est vraisemblable, que dans les antécédents de ces malades il y a plus de cas

de rougeole que de cas de syphilis ? Mais que prouverait une pareille enquête ? Elle n'établirait pas sans doute que la rougeole amène la paralysie générale ; mais elle n'établirait pas non plus que la vérole ne l'amène pas. Ce qu'il faudrait rechercher, c'est le chiffre comparatif des antécédents rubéoliques et spécifiques chez les paralytiques généraux, d'une part, et chez les aliénés d'un autre ordre, les mélancoliques, par exemple. Il est vraisemblable que relativement à la rougeole, on trouverait un pourcentage à peu près égal chez les mélancoliques et les paralytiques ; il n'en est pas de même en ce qui concerne la syphilis : M. Régis, en effet, en collationnant les chiffres des diverses statistiques, a montré que, chez les aliénés autres que les paralytiques, il y a environ dix syphilitiques sur cent malades, tandis que dans la paralysie générale les antécédents spécifiques figurent soixante-cinq fois sur cent.

On a reproché à la statistique d'être, en matière d'étiologie, un procédé d'investigation défectueux, susceptible de donner des résultats contradictoires. Est-ce bien à la *statistique* que le reproche doit s'adresser ? n'est-ce pas plutôt à la statistique dressée *dans des conditions mauvaises* ? J'estime, pour ma part, que dans certains milieux, le milieu hospitalier notamment ou celui des asiles, la reconstitution des antécédents des malades est si difficile que toute enquête étiologique sérieuse y devient impossible et que les résultats que donnent de semblables enquêtes sont nécessairement entachés d'incertitude ou d'erreur. J'ai produit ici, dans le temps, avec M. Landouzy, une statistique relative aux causes du tabes : cette statistique avait été poursuivie aussi consciencieusement que possible dans divers hôpitaux et roulait sur un chiffre important de malades ; or, je déclare que les faits nouveaux, que j'ai recueillis depuis dans des conditions différentes, infirment les conclusions qui découlaient des observations que nous avions recueillies, M. Landouzy et moi.

Dans le milieu urbain, les choses ne se passent pas comme à l'hôpital, et si les anamnétiques qu'on y recueille ne sont pas toujours d'une exactitude parfaite, au moins s'approchent-ils davantage de la vérité. Or, je

n'hésite pas à avancer que la presque totalité des paralytiques que j'ai observés dans ces conditions, avaient des antécédents spécifiques. Je ne produis pas de chiffres : ceux que j'apporterais ne correspondraient qu'à un petit nombre des malades que j'ai examinés, car ma conviction étant faite, j'ai depuis plusieurs années renoncé à tenir le compte exact des faits soumis à mon observation.

D'ailleurs, Messieurs, une statistique nouvelle n'ajouterait pas beaucoup de poids à celles décisives qui ont été publiées en grand nombre, de divers côtés.

Au reste, je consens, si l'on y tient, à sacrifier les statistiques globales. Je désire seulement évoquer les souvenirs de chacun de vous en ce qui concerne les *femmes* paralytiques. N'avez-vous pas été frappés de ce fait que toutes, ou au moins presque toutes, avaient eu la syphilis, ou avaient été mises, par leur genre de vie ou certaines circonstances de leur existence, en mesure de la contracter ? Je ne connais pas, pour ma part, d'argument plus décisif en faveur des relations de la paralysie générale et de la syphilis, que l'histoire des paralytiques femmes que j'ai été à même d'observer, particulièrement dans la classe bourgeoise (1).

Mon intention n'est pas de reproduire ici toutes les raisons qu'on a fait valoir en faveur de l'origine spécifique de l'encéphalite diffuse : je ne veux que toucher incidemment à quelques-unes. Mais je ne puis pas ne pas rappeler, après la discussion de la dernière séance, les relations de la syphilis héréditaire et de la paralysie générale juvénile. J'ai été surpris d'entendre M. Christian révoquer en doute l'existence de cette dernière. M. Régis vient, dans la note qu'on vous a lue, de revendiquer les droits qu'elle a à être reconnue des nosographes. Je vous demande de ne pas insister sur ce sujet, car dans une prochaine séance je me propose de m'en occuper et d'apporter, avec M. Vallon, une observation qui, je l'espère, convaincra M. Christian.

5. — J'en aurais fini, Messieurs, avec les quelques

(1) M. Ballet a rapporté, à ce propos, dans sa communication orale à la Société, une série d'observations personnelles que la discrétion l'a empêché de reproduire dans la communication écrite.

considérations dans lesquelles je viens d'entrer et où je m'excuse de m'être égaré à propos d'une simple démonstration d'anatomie pathologique, si l'impartialité ne m'obligeait de signaler au passage un travail récemment paru où les idées que je défends sont prises à partie d'une façon très radicale. D'après MM. Mairet et Vires, « la syphilis n'est pas une cause de paralysie générale vraie » (1).

Je n'ai pas l'intention de faire ici la critique en règle des idées et des arguments qui, dans le livre de ces auteurs, me paraissent critiquables; je ne dois pas oublier que l'ouvrage doit être ici l'objet d'un rapport prochain de M. Charpentier. Je veux me borner à présenter les premières remarques que m'a suggérées la lecture du travail, d'ailleurs très consciencieux (ce qui ne surprendra personne), de M. le professeur Mairet, et de M. Vires.

Dès le début de leur mémoire, les auteurs proclament l'existence d'une paralysie générale arthritique à laquelle ils ne semblent pas très éloignés de faire jouer le rôle que nous attribuons et qu'ils dénie à la paralysie générale spécifique. Que l'arthritisme intervienne à titre d'élément étiologique secondaire, adjuvant, dans la genèse de l'encéphalite diffuse, nous sommes très disposé à l'admettre. Mais existe-t-il, comme l'affirment MM. Mairet et Vires, comme avait naguère essayé de l'établir le professeur Lemoine, une paralysie générale qu'on soit en droit d'appeler arthritique? Voyons ce que valent les arguments invoqués en sa faveur.

MM. Mairet et Vires disent avoir trouvé l'arthritisme chez leurs malades 49 fois sur 174 cas, soit dans 28 p. 100 des cas.

Mais de ces 49 cas il faut en éliminer 34 qui ne sont pas utilisables au point de vue de la démonstration, car l'arthritisme s'y associe à d'autres éléments étiologiques : alcoolisme, syphilis, etc. Restent donc 15 cas. Or, parmi ces 15 cas, il n'y en a, en fait, que 4 qui aient de l'intérêt, les 4 seuls dans lesquels les malades « présentaient les manifestations ordinaires de la diathèse ». 4 cas sur 174! c'est peu, on le reconnaîtra. Or, quand

(1) Mairet et Vires. *De la paralysie générale, étiologie, pathogénie, traitement*, Paris, Masson, éditeur. 1895, p. 128 et passim.

on lit attentivement les observations qui se rapportent à ces quatre malades, on se convainc que trois d'entre eux n'étaient certainement pas des paralytiques généraux, et que le quatrième ne l'était peut-être pas. Voilà, on le reconnaîtra, des chiffres insuffisants pour proclamer l'existence d'une paralysie générale arthritique.

En ce qui concerne la syphilis, MM. Mairet et Vires ne l'ont rencontrée que 40 fois sur 174 cas, soit dans 23 p. 100 des cas ; le chiffre est faible ; et encore la proportion doit-elle être abaissée, car les auteurs font figurer dans leur statistique, on ne sait trop pourquoi, des malades qui sont paralytiques généraux sans l'être. En effet, de l'aveu de MM. Mairet et Vires, 20 des 40 malades syphilitiques, bien que figurant au total des 174 cas de paralysie générale donnés en bloc comme légitimes, n'étaient pas des paralytiques. De telle sorte que les auteurs n'ont guère trouvé que 20 cas de spécificité, ce qui ramènerait la proportion à 14 p. 100 environ, chiffre très voisin de celui qui représente le pourcentage de la vérole chez 100 individus pris au hasard à Paris. C'est, on le voit, l'effondrement de la syphilis en tant que cause de la paralysie générale.

Eh bien ! l'avouerai-je ? je ne suis pas ému par les résultats que nous apportent MM. Mairet et Vires. Les catégories qu'ils établissent m'ont paru tellement subtiles qu'il m'a été difficile de saisir la raison d'être de plusieurs d'entre elles ; d'autre part, ils ont eu le tort, nous l'avons vu, de faire figurer au total général de leurs paralytiques des cas qu'ils en éliminent dans le détail, ou qui doivent en être éliminés pour inexactitude de diagnostic.

Enfin, raison non moins grave, la statistique de MM. Mairet et Vires est une statistique d'asile, et nous avons dit tout à l'heure combien il fallait se défier de ces dernières ! Ajoutons que les auteurs qui l'ont établie en compulsant les dossiers de leurs paralytiques généraux, ne disent pas si ces paralytiques avaient été étudiés de leur vivant au point de vue particulier des causes du mal et avec la préoccupation d'esprit toute spéciale que la recherche de ces causes exige. Nous sommes autorisé à penser qu'il n'en a pas été ainsi, puisque MM. Mairet et Vires n'ont retenu que 174 observations *sur plus*

de mille ; ils ont dû en laisser de côté plus de 800 où les renseignements étiologiques manquaient ou étaient incomplets. Il semble donc que ce soit après coup que les auteurs se soient intéressés à ce problème étiologique et qu'ils aient cherché à le résoudre avec des documents qui n'avaient pas été recueillis spécialement dans ce but et par conséquent dénués de valeur.

Le livre que je viens de citer mérite plus et mieux que quelques remarques hâtives. Mais ce n'est pas le moment d'entreprendre la discussion des idées qui y sont soutenues. Si j'en ai dit un mot, c'est parce qu'il a paru depuis peu, et s'inscrit en faux contre l'origine spécifique de la paralysie générale dont je suis fermement convaincu.

6. — J'en suis convaincu parce que tout concourt à le prouver :

1° Les statistiques, surtout les statistiques urbaines ;

2° L'étude étiologique des cas de paralysie féminine ;

3° Celle de la paralysie générale juvénile ;

4° Les expériences d'inoculation, comme celles récemment communiquées au Congrès de Moscou par Kraft-Ebing, expériences que nous pouvons critiquer au point de vue de la morale, mais que nous avons le droit d'utiliser ;

5° Enfin, j'ai cherché à le montrer, l'anatomie pathologique dans laquelle on avait voulu trouver à tort un argument contre la spécificité et qui plaide au contraire en sa faveur.

M. CHARPENTIER. — Contre l'idée de l'origine syphilitique de la paralysie générale, je ferai valoir un argument que je n'ai trouvé cité nulle part, c'est que les eschares n'offrent jamais chez les paralytiques l'aspect syphilitique.

M. AUGUSTE VOISIN. — Les médecins de Tunis ont observé que la paralysie générale était exceptionnelle chez les Arabes, qui cependant sont presque tous syphilitiques.

M. BRIAND. — Ce n'est pas un argument absolument probant. Cette absence de la paralysie générale tient peut être simplement à ce que, faute de soins dès le début, les sujets meurent avant d'avoir pu être observés.

La séance est levée à six heures.

PAUL SOLLIER.

SÉANCE DU 28 MARS 1898

Présidence de M. MEURIOT.

Leeture et adoption du procès-verbal de la séance précédente :

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuserite comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Dhenr, Henry Meige et J. Noir, nommés membres correspondants à la dernière séance ;

2° Une lettre de M. Sokalsky, de Saint-Pétersbourg, remereiant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

3° Une lettre de M. Legras, posant sa candidature à la proehaine place vacante de membre titulaire ;

4° Une lettre de M. Nina-Rodrigues, professeur de médecine légale à la Faenlté de Bahia (Brésil), sollicitant le titre de membre associé étranger.— Commission : MM. Ritti, J. Voisin et Séglas, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Dejardin, secrétaire du Comité d'érection d'un monument de Duchenne (de Boulogne), à Boulogne-sur-Mer, sollicitant une subvention de la Société : — Renvoyé au Conseil de famille.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Conscience et libre arbitre*, par Mignel Bombarda ;

2° *L'Intermédiaire des biologistes*, n° 8 ;

3° *Bulletin de la Société de tempérance*, 1898, n° 2.

Rapport de candidature.

M. BOISSIER. — Messieurs, vous avez nommé une Commission, composée de MM. Magnan, Bouchereau et Boissier, comme rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le D^r Raoul Leroy au titre de membre correspondant. Externe des hôpitaux de Paris en 1888, interne des asiles d'aliénés de la Seine à la suite du concours de 1892, M. Leroy, après avoir accompli ses trois

ans d'internat à l'asile de Vaucluse et à Sainte-Anne (service de l'admission), a été reçu, en 1896, le premier de sa promotion au concours des médecins adjoints des asiles d'aliénés pour la région de Paris. Attaché d'abord en cette qualité à l'asile de Quimper, il exerce aujourd'hui les mêmes fonctions à celui d'Evreux.

En 1896, M. Leroy a obtenu de l'Académie de médecine le prix Falret, pour un mémoire fait en collaboration avec M. Antheaume, et intitulé : *Morphinisme et Morphinomanie*, étude d'ensemble très substantielle où les auteurs ont tenu à mettre plus spécialement en lumière un certain nombre de points. Ils ont approfondi la différence entre la morphinomanie et le morphinisme et établi un parallèle entre le morphinisme et l'alcoolisme. L'examen de l'état aigu leur a inspiré un chapitre de physiologie, illustré d'expériences personnelles sur des animaux, dont quelques-unes au point de vue de la descendance. L'étude de l'intoxication chronique contient un tableau original des troubles du caractère ; plus loin, enfin, la morphinomanie se trouve rapprochée de la dipsomanie. La médecine légale, l'anatomie pathologique, une autopsie pratiquée un mois après la suppression totale avec recherche du poison dans les viscères, de nombreuses observations avec graphiques, un exposé avec discussion des divers modes de traitement donnant la préférence aux méthodes rapides, viennent compléter ce volumineux travail. Dans un mémoire de M. Trénel, sous le titre de *Quelques symptômes consécutifs à l'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone*, le Dr Leroy a inséré une observation typique : tentative de suicide par le charbon, délire violent, stupéur, et bientôt amnésie rétrograde durant huit jours et suivie d'un réveil rapide des souvenirs. Enfin dans sa thèse sur *les Persécutés persécuteurs*, après une revue générale documentée d'observations personnelles, au nombre desquelles figure celle de Maxence A..., la meurtrière de l'abbé de Broglie, l'auteur tente une classification de ces malades et termine par un aperçu médico-légal et sémiologique. La Commission pense que la Société fera une heureuse acquisition en s'associant M. le Dr Leroy comme membre correspondant.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Le-

roy est nommé membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

*Rapport sur l'ouvrage de MM. Mairét et Vires
sur la Paralyse générale.*

M. CHARPENTIER. — Nous avons l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements et félicitations à M. le professeur Mairét pour son intéressant travail sur la paralysie générale, qu'il vient d'adresser à notre Société (1).

Des trois parties qui composent ce travail, la première est la plus importante; c'est une étude de statistique sur les facteurs de la paralysie générale. L'auteur fait ressortir l'union fréquente des facteurs pour la production de cette maladie en opposition avec les cas dans lesquels un seul facteur peut être invoqué à l'état isolé. Sur 1,000 observés, M. Mairét n'a tenu compte que de 174, rejetant les autres, en raison de la nullité ou de l'insuffisance des renseignements.

Deux tableaux nous montrent, le premier, les cas dans lesquels un seul facteur intervient :

Alcoolisme personnel	16 cas.
Arthritisme.	15 —
Cérébralité	14 —
Syphilis	6 —
Hérédité alcoolique.	5 —

Le deuxième, la fréquence des facteurs lorsque ceux-ci n'agissent plus isolément :

Alcoolisme observé	84 fois.
Cérébralité.	57 —
Arthritisme.	49 —
Syphilis.	40 —
États divers et causes morales. . .	30 —
Hérédité alcoolique.	29 —
Hérédité mentale et nerveuse. . .	24 —
Hérédité tuberculeuse.	15 —
Traumatisme.	14 —
Infection aiguë.	10 —

(1) *De la paralysie générale. Étiologie Pathogénie. Traitement*, par le professeur Mairét et le D^r Vires, 1 vol. in-8°, Paris, 1898.

L'alcoolisme produirait soit une vraie paralysie générale, soit une pseudo-paralysie générale, celle-ci curable ou incurable, avec ou sans les lésions caractéristiques; l'évolution serait plus lente, souvent précédée d'accès de délire éthylique, et se manifestant par des troubles psychiques, sensitifs, moteurs, portant l'empreinte de l'intoxication; le caractère méchant des sujets serait souvent conservé.

L'hérédité alcoolique se manifesterait par des formes précoces ou séniles, pourrait aussi prédisposer à une sénilité anticipée. Dans la paralysie générale alcoolique, les rémissions, intermissions, guérisons, durée prolongée, pourraient s'observer.

Les causes héréditaires les plus fréquentes seraient l'arthritisme et la cérébralité en tant que cause unique; l'hérédité mentale et nerveuse, l'hérédité tuberculeuse n'agiraient que conjointement à d'autres facteurs. L'arthritisme se manifesterait par de la sénilité précoce, par de la lypémanie, de l'apeurement, des idées de persécution, des hallucinations. Cette sénilité s'explique si l'on tient compte de l'âge des sujets observés par M. Mairé; ainsi, sur 15 malades, il y en a dix qui ont plus de cinquante ans; les hallucinations nous paraissent moins fréquentes que l'indique M. Mairé pour la paralysie générale; la soliloquie, la gesticulation ne sont pas toujours des signes d'hallucination, mais bien des signes de faiblesse ou de défaut de culture intellectuelle; ces phénomènes s'observent souvent chez des personnes qui parlent ou gesticulent leur pensée à la manière des enfants qui, avant de savoir lire mentalement, ne le peuvent faire qu'à haute voix.

Par cérébralité, M. Mairé entend l'hérédité cérébrale transmise par les parents qui ont succombé à des athéromes cérébraux, à des ramollissements cérébraux, à des attaques épileptiques: c'est l'ancien mot hérédité congestive qui reparaît sous une forme nouvelle.

Ici, l'auteur ne nous fait pas un tableau symptomatique spécial; nous y retrouvons la sénilité précoce et les athéromes cérébraux de l'hérédité arthritique.

La syphilis a été rencontrée dans 40 cas sur 174, mais toujours réunie à d'autres facteurs; dans les 6 cas où elle a été observée comme facteur unique, ce sont des

observations de pseudo-paralysie générale syphilitique et non de paralysie générale mixte.

L'auteur combat avec raison la théorie du parasyphilisme, car il est difficile de comprendre comme quoi une manifestation peut être d'origine syphilitique sans être de nature syphilitique.

L'auteur a essayé, dans la deuxième partie, de pénétrer les questions de nature, de pathogénèse et de diagnostic différentiel de la paralysie générale; ce dernier chapitre est trop écourté: expliquer les différentes hérédités par arthritisme ou cérébralité au moyen de l'inflammation ou de la dégénération, le tout aboutissant à produire une *méionexie*, terme nouveau que M. Mairét propose pour exprimer la moindre résistance organique imprimée par l'état dégénératoire ou inflammatoire, tout cela représente bien des efforts pour pénétrer des régions complètement obscures, mais ne suffit pas pour y projeter quelque nouvelle lumière.

Anatomie pathologique et étiologie de la paralysie générale.

M. DANIEL BRUNET. — La méningo-encéphalite diffuse chronique n'est pas spéciale à la paralysie générale, qui est une maladie de l'âge mur, et on la rencontre à tous les âges de la vie. — J'en ai recueilli, pendant la première et la seconde enfance, pendant l'adolescence et la vieillesse, des observations dont les lésions étaient bien nettes, bien caractérisées, ne laissaient aucun doute sur leur nature. — L'épaississement des membranes viscérales du cerveau, les adhérences de ces membranes à la substance corticale de cet organe, qui est injectée et ramollie, l'atrophie de celui-ci, qui est proportionnelle à l'intensité et à l'étendue des adhérences ainsi qu'à la durée de la maladie, sont des lésions qui ne manquent jamais à la dernière période de la paralysie générale et qui existent également dans la méningo-encéphalite infantile, juvénile et sénile.

M. Ballet a terminé son importante communication sur les lésions microscopiques de la paralysie générale, en défendant l'étiologie syphilitique de cette affection

qui tend à se répandre de plus en plus, aussi bien en France qu'à l'étranger.

Il est certain qu'on trouve plus souvent qu'autrefois des antécédents syphilitiques chez les paralytiques généraux, parce que l'attention étant attirée sur ce point, on les recherche avec plus de soin, avec plus de persistance. Mais comme ces antécédents manquent dans un certain nombre de cas, ce que ne nieut pas les partisans les plus convaincus de cette étiologie et qu'ils coïncident souvent avec le surmenage cérébral et l'alcoolisme, la fréquence de ces antécédents ne suffit pas pour prouver d'une manière certaine que la syphilis est la cause principale, presque exclusive, de la paralysie générale, comme on le prétend aujourd'hui. Pour démontrer cette étiologie, sans qu'aucune contestation soit possible, il faut qu'elle puisse expliquer tous les faits, constater que la paralysie générale et la syphilis ont partout d'étroites connexions, que l'une croît et décroît en même temps que l'autre. Or, il n'en est pas ainsi pour les Musulmans, qui, quoique très souvent atteints par la syphilis, ne deviennent paralytiques généraux que lorsqu'ils abandonnent les préceptes du Coran pour mener la vie européenne et se livrer à tous les excès qu'elle entraîne. M. Aug. Voisin a confirmé ce fait par les résultats de son observation personnelle, et je demande à la Société médico-psychologique d'y ajouter ceux de la mienne propre. Auparavant j'examinerai les réponses qu'on a faites à cette objection, qui avait été déjà formulée, en 1889, au Congrès international de médecine mentale par M. Ritti, ce qui sera du reste très court, la plupart des auteurs ayant dédaigné d'y répondre.

M. Régis pense que la syphilis ne suffit pas à elle seule pour produire la paralysie générale, qu'elle a besoin d'un terrain neuropathique spécial pour germer, se développer. Dans cette hypothèse, on peut se demander si ce terrain neuropathique, qui est le résultat des excès de notre civilisation, n'est pas la cause principale de la paralysie générale, si à lui seul il ne peut pas la produire, si la syphilis ne joue pas dans sa production qu'un rôle tout à fait secondaire.

M. Briand nous a dit que la paralysie générale pouvait exister chez les Musulmans et que si on ne la

déconvenait pas, cela tenait à ce que les malades pouvaient succomber dans leurs familles sans que la cause de leur mort fût connue.

Cette affection, excepté dans sa forme démente, n'a pas l'habitude de se laisser ignorer; elle évolue ordinairement à grand fracas et, quand elle existe quelque part, elle dévoile trop bien son existence par ses actes violents et désordonnés.

M. le professeur Fournier prétend qu'il est impossible de connaître les maladies qui sévissent chez les Arabes.

Voici comment il s'exprime (1) :

A Paris, à Paris même, « la Ville lumière », nous en sommes encore à ignorer la fréquence réelle de la syphilis, voire de la paralysie générale chez nos concitoyens. Et l'on prétend établir un rapport entre ces deux affections chez les Arabes, peuplades non dénombrées, mobiles, nomades, n'ayant ni état civil, ni moins encore de statistiques médicales, ni médecins. Pure illusion.

Il n'est pas nécessaire que la fréquence d'un fait soit appuyée de statistiques exactes pour être considérée comme certaine. Est-ce que M. le professeur Fournier n'avait pas dit, lui-même, quelques pages auparavant, qu'il y avait beaucoup de syphilitiques à Paris, ce que nous savons tous, que le nombre en dépassait 15 p. 100 de la population totale, sans que ce nombre pût être exactement établi.

La Tunisie et l'Algérie ne sont plus des pays inconnus pour nous. Les Arabes et les Kabyles ne sont pas si nomades qu'on veut bien le dire. Ils vivent au milieu de nos colons, sont soignés par nos médecins civils et militaires, qui connaissent très bien les affections dont ils sont atteints.

Comme M. A. Voisin, j'ai assisté, au commencement d'avril 1896, à la 24^e session de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui a eu lieu à Tunis, et j'ai profité de cette occasion pour visiter l'hôpital des Musulmans, qui contient 40 lits pour les aliénés et 160 pour les individus atteints de maladies médicales et chirurgicales. Cela m'était d'autant plus facile que je

(1) Maladies parasymphilitiques.

connais le médecin de cet hôpital, M. Lovy, qui avant d'être nommé interne des hôpitaux de Paris, a fait un remplacement d'interne à l'asile d'Evreux. Le jour que j'assistais à sa visite, M. Monod, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, un de ses anciens maîtres, y assistait également. Le quartier d'aliénés, qui n'avait pas un seul lit vacant, ne contenait pas un seul cas de paralysie générale, tandis que nous avons vu à l'hôpital proprement dit plusieurs malades atteints de syphilis tertiaire et un de syphilis héréditaire.

Sachant que je devais aujourd'hui prendre la parole sur l'étiologie de la paralysie générale, j'ai écrit à M. Lovy pour lui demander son opinion sur cette question. Voici la lettre qu'il m'a adressée et que je crois devoir vous communiquer :

« Je suis tout à fait de votre avis, en ce qui concerne la non-origine syphilitique de la paralysie générale. J'ajouterai même que je suis porté à croire qu'il en est de même pour le tabes.

« Sans avoir de statistique exacte, d'ailleurs toujours assez difficile à faire, mon opinion est basée sur les observations que j'ai pu faire à l'hôpital musulman de Tunis pendant plus de quatre ans.

« A cet établissement, qui est seul pour toute la Tunisie, se trouve annexé un quartier pour les aliénés qui viennent de toute la Régence. Il s'en suit donc que je vois dans mon service tous les musulmans, et rien que des musulmans, arrêtés pour aliénation par la police ou les tribunaux, ainsi que ceux amenés pour le même motif par leurs familles. Les paralytiques généraux forment une catégorie de malades qui doivent passer presque tous par l'hospice, car il est rare qu'ils n'aient pas dans le cours de leur maladie quelque phase d'excitation qui les amène devant la justice et plus tard à l'établissement d'aliénés.

« Il s'ensuit donc que je les vois à peu près tous, et cependant, dans le courant de quatre années, pour une population de plus d'un million d'habitants, je n'ai vu que huit ou dix paralytiques généraux ayant des signes psychiques et somatiques permettant de faire un diagnostic certain.

« Ce fait est certainement très remarquable, car il est de beaucoup inférieur à la moyenne des cas observés en France.

« Parallèlement, il faut noter l'extrême rareté des délires alcooliques, concordant avec la rareté de l'alcoolisme, par suite de l'interdiction de l'alcool par le Coran, interdiction généralement observée.

« Les cas les plus fréquents de folies sont dus à l'idiotie et à l'intoxication par les diverses préparations de chanvre (Kif et Chira); viennent ensuite quelques cas de folie religieuse, de manie et d'épilepsie.

« Les syphilitiques sont excessivement nombreux et j'ai constamment en traitement une trentaine de syphilis tertiaires fort graves par le nombre et l'étendue des lésions. Presque tous ces malades présentent des marques très nettes de lésions antérieures caractéristiques déjà cicatrisées. La gravité de la maladie tient plutôt à une absence complète de traitement qu'à une variété spéciale.

« J'ai vu quelques accidents nerveux produits par des gommés (hémiplegie par exemple), mais pas la coïncidence des marques de syphilis avérée ou même probable avec la paralysie générale, ni même avec le tabes qui est aussi assez rare. J'ai cependant toujours recherché dans ces derniers cas la syphilis et ordonné sans résultat le traitement qui me réussit à coup sûr dans les autres manifestations spécifiques.

« Si l'on compare donc la grande fréquence de la vérole et surtout sa gravité constatée sur les différents organes et due à l'absence complète de traitement avec la rareté de la paralysie générale, on trouve un désaccord manifeste entre la réalité et la théorie qui reconnaît la syphilis comme principal facteur étiologique de cette maladie. Le nombre des paralytiques généraux devrait être accru considérablement et il est au contraire fortement diminué. Ne serait-il pas plus logique de faire jouer un plus grand rôle dans la genèse de cette maladie à l'alcoolisme aidé du surmenage cérébral qu'apporte la civilisation? Jusqu'ici ces deux influences n'ont pas agi d'une façon marquée sur la population tunisienne; mais, malheureusement, on ne saurait dire si elle en sera encore préservée pour longtemps. »

On ne saurait nier, il me semble, après cette lettre, la grande fréquence de la syphilis chez les musulmans et la rareté de la paralysie générale.

Je regrette beaucoup que les occupations de M. Lovy ne lui aient pas permis de recueillir en détail ces observations des musulmans atteints de cette dernière affection, pour savoir si ces malades avaient mené la vie européenne, comme cela me paraît probable d'après les renseignements qu'a bien voulu m'envoyer aussi le 10 courant, M. Henyer, médecin principal de l'armée, chargé du service médical de l'hôpital militaire d'Oran depuis un an.

Pendant douze ans qu'il a habité en Algérie de petits centres de population, où les préceptes du Coran sont mieux suivis que dans les grandes villes, il a observé beaucoup de cas de syphilis et pas un seul de paralysie générale.

Voici, du reste, sa lettre qui, comme celle de M. Lovy, me paraît digne de vous être communiquée.

« Vous savez que je partage complètement vos convictions en ce qui concerne l'étiologie de la paralysie générale. Je ne puis admettre le rôle prépondérant, presque exclusif, que l'on tend à faire jouer dans cette étiologie à la syphilis, parce que, d'une part, dans les cas de paralysie générale que j'ai observés dans le milieu militaire, on était réduit à supposer l'existence de cette infection sans parvenir à la démontrer par des signes évidents, et que, d'autre part, je n'ai jamais vu, dans la population arabe où la syphilis est si commune, un seul cas de paralysie générale.

« C'est au lendemain de la guerre de 1870-1871 que j'ai fait connaissance avec la paralysie générale. J'ai été frappé de son extrême fréquence parmi les officiers, surtout dans les premières années qui ont suivi cette guerre, de la modalité qu'affectait alors chez ces malades le délire des grandeurs (tons avaient gagné des batailles), de la rapidité de son évolution (un an, deux ans au maximum). Appelé à servir successivement dans toutes les armes, cavalerie, infanterie, artillerie, j'ai trouvé la paralysie générale dans tous les régiments et dans toutes les garnisons où m'ont conduit les hasards de la vie militaire. On pouvait dans tous les cas incriminer

les émotious profondes, les ambitious déçues, le surmenage, les excès de toute nature, souvent l'alcoolisme, mais très exceptionnellement la syphilis.

« Par contre, en Algérie où j'ai passé dans les hôpitaux l'autre moitié de ma carrière, et où j'ai eu à traiter dans la population indigène un nombre très considérable de syphilitiques, je n'ai pas encore constaté chez un Arabe un seul cas de paralysie générale, ni à Boghar où j'ai été deux ans médecin des bureaux arabes, ni dans les hôpitaux mixtes de Saïda (deux ans), de Mascara (deux ans), de Sidi-Bel-Abbès (quatre ans et demi), où sont reçus, en même temps que les militaires, tous les malades civils, colons ou indigènes. Je me crois donc en droit de conclure que dans la population musulmane, dans celle au moins qui vit loin des grands centres et où l'on rencontre à chaque pas la syphilis sous toutes ses formes, la paralysie générale est à peu près inconnue. Et cette remarque, je ne suis pas seul à l'avoir faite. Depuis que vous avez appelé mon attention sur ce point, il y a deux ans, j'ai interrogé beaucoup de mes camarades qui ont fait un long séjour dans les hôpitaux d'Algérie, et tous sont unanimes à déclarer que la paralysie générale est tout à fait exceptionnelle dans la population musulmane. Comment concilier ce fait avec l'opinion qui attribue une influence prépondérante à la syphilis dans l'étiologie de cette affection ?

« Je regrette de n'avoir pas le loisir d'appuyer cette affirmation de chiffres précis; mais elle corrobore votre appréciation personnelle, et même dénuée de documents statistiques, elle a bien son poids. Après un séjour de douze ans en Algérie, je n'ai encore jamais vu un cas de paralysie chez un Arabe. »

M. Meilhon, directeur-médecin de l'asile de Quimper, a étudié, pendant qu'il était médecin adjoint de l'asile d'Aix, les différents genres d'aliénation mentale qu'ont présentés les Arabes admis à cet établissement, du 1^{er} janvier 1860 au 31 décembre 1889. Sur 498 de ces aliénés, il n'a trouvé que 13 individus atteints de paralysie générale dont 2 femmes, d'où l'on peut conclure que cette affection est très rare chez les Arabes. Tous ces individus vivaient de la vie européenne et se livraient à ses excès. On comptait, en effet, parmi eux, un ancien

militaire, un employé au génie militaire, un lieutenant de tirailleurs algériens, un interprète à la commission d'enquête, un cafetier, un étudiant, un portefaix héréditaire, trois journaliers, dont un héréditaire.

L'immunité des musulmans pour la paralysie générale, qui est contraire à l'étiologie syphilitique, s'explique très bien avec la doctrine qui admet le surmenage cérébral, comme cause prépondérante de cette affection.

Non seulement ils s'abstiennent de boissons alcooliques, mais ils suivent aussi un régime alimentaire très sobre, très frugal. Ils dépensent très peu pour leur nourriture, ont peu de besoins à satisfaire et ne travaillent que pour subvenir à leur existence indolente. Le fatalisme de leur religion entraîne chez eux une soumission facile à tous les événements de la vie, de quelque nature qu'ils soient, les soustrait à toutes les émotions violentes et prolongées. Dieu le veut, disent-ils à chaque instant, pour le moindre fait.

Leur hygiène a donc pour effet, sinon de supprimer entièrement, du moins d'atténuer dans une large mesure, toutes les causes de surexcitation cérébrale, auxquelles la théorie ancienne rattache la production de la paralysie générale.

La rareté de cette affection chez les quakers, les prêtres, les religieux et religieuses, qu'on attribue à l'absence de syphilis, s'explique encore mieux par leur vie sobre et résignée qui les met à l'abri des passions violentes et les dispense des efforts continus qu'entraîne, surtout dans les grandes villes, la lutte pour l'existence. Chez eux comme chez les musulmans, la rareté de la paralysie générale est due au calme avec lequel s'accomplissent leurs fonctions cérébrales.

Conclusions. — La syphilis est partout très fréquente, chez les indigènes de la Tunisie et de l'Algérie. La paralysie générale n'existe pas dans les petits centres de population où l'on suit rigoureusement les préceptes du Coran. On en observe quelques cas très rares dans les grandes villes où l'on abandonne parfois ces préceptes pour se livrer aux excès de notre civilisation.

Le défaut de rapport de fréquence entre la syphilis et la paralysie générale chez les musulmans est impossible

à expliquer avec l'étiologie syphilitique de la paralysie générale.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, vous me voyez extrêmement perplexe. Si M. Ballet ne m'avait pris directement à partie, de la façon la plus aimable, je ne serais plus intervenu dans un débat qui me paraît épuisé ; je me serais tenu coi, attendant patiemment que l'on nous apporte enfin la preuve décisive. Du train dont vont les choses, je me demande si aucun de nous vivra assez vieux pour voir définitivement vidée la question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis, sur laquelle nous bataillons depuis des années, sans que nous en soyons plus avancés.

Je voudrais bien être convaincu par le magistral exposé que nous a fait M. Ballet ; mais vraiment je ne puis oublier ce qu'il nous disait avec tant de force au Congrès de 1889, et je demande la permission de le lui rappeler.

« En l'état actuel des choses, disait alors M. Ballet, l'anatomie pathologique, à laquelle il semble naturel de faire appel tout d'abord, ne me paraît pas devoir nous tirer d'embarras. Sans doute les lésions bien et dûment reconnues pour syphilitiques sont en général des lésions localisées, circonscrites, massives en quelque sorte. Mais n'est-ce pas commettre une pétition de principe que de déclarer, comme l'a fait M. Mabille, que les altérations de la paralysie générale ne peuvent être spécifiques parce qu'elles sont diffuses ? La question, en effet, est précisément de savoir si la syphilis n'est pas apte à déterminer de pareilles lésions. Placer la discussion sur le terrain anatomo-pathologique, c'est, à mon sens, s'exposer à la voir s'éterniser... Tant qu'on ne connaîtra pas le microbe de la syphilis, tant qu'on ignorera le moyen de le déceler au sein des lésions qui sont son fait, les arguments empruntés à l'anatomie pathologique ne sauraient nous fournir que de simples présomptions dans la discussion qui nous occupe...

« En l'état, des statistiques seules me paraissent susceptibles de nous éclairer sérieusement. Mais pour qu'une statistique soit vraiment significative et probante, il est nécessaire qu'elle remplisse certaines conditions. Elle doit, tout d'abord, porter sur des chiffres importants.....

« La qualité des observations n'a pas moins d'importance que leur nombre. Et lorsqu'on veut comparer entre eux des résultats, il serait nécessaire de s'assurer au préalable que les divers observateurs ont apporté à leurs recherches même rigueur et même soin » (1).

Et, deux ans plus tard, en 1891, au Congrès de Lyon, c'est encore M. Ballet qui nous disait :

« ... Les contradictions et les divergences qui se sont produites ici sur ce côté de la question démontrent que, pour l'heure, ce n'est pas l'*anatomie pathologique* qui peut nous donner la clef de la nature et des causes de la paralysie générale...

« Le rôle de l'alcool comme celui des autres facteurs dans la genèse de la maladie ne pourra guère être établi qu'au moyen de *statistiques*, j'entends de statistiques bien faites » (2).

Si je fais ces citations, ce n'est pas pour le vain plaisir de mettre M. Ballet en contradiction avec lui-même. Qui de nous pourrait se vanter de n'avoir jamais changé d'avis ? Je serais plutôt tenté de le féliciter, car un observateur de son mérite n'abandonne une opinion, que s'il a, pour le faire, des motifs sérieux. Nous devons tenir grand compte des éléments nouveaux qu'il apporte dans la discussion. Ah ! s'il nous avait montré le microbe de la syphilis, la cause était entendue ! A défaut de microbe, il a fait passer sous nos yeux des planches qui sont assurément du plus haut intérêt. Elles confirment les résultats déjà consignés dans les planches de Mendel (3) et d'Ang. Voisin (4) ; mais M. Ballet va plus loin dans ses conclusions.

Les lésions que le microscope lui a révélées dans le cerveau des paralytiques généraux, il les trouve absolument identiques à celles que l'on rencontre dans la syphilis cérébrale : de l'identité des lésions, il conclut à l'identité de nature, et c'est ainsi que pour lui la para-

(1) *Comptes-rendus du Congrès international de médecine mentale*, 1889, p. 493.

(2) *Congrès de Lyon*, p. 178.

(3) Mendel: *Die progressive Paralyse der Irren*. Berlin, 1880.

(4) Ang. Voisin. *Traité de la paralysie générale des aliénés*. Paris, 1879.

lysie générale n'est plus désormais qu'une affection de nature syphilitique.

Mais, s'il en est ainsi, si les altérations anatomiques sont les mêmes dans les deux cas, pourquoi le traitement spécifique en triomphe-t-il facilement quand il s'agit de syphilis cérébrale avérée, et se montre-t-il radicalement impuissant dans les cas de paralysie générale ?

Pourquoi encore la lésion, chez le paralytique général, reste-t-elle invariablement cantonnée dans des limites d'organes et de tissus toujours les mêmes, tandis que chez le syphilitique, elle est envahissante, passe du tissu cérébral aux méninges, aux os du crâne, à la peau, et n'est arrêtée que par un traitement approprié ?

Voilà, ce me semble, deux différences assez caractéristiques, et qui paraissent indiquer qu'en anatomie pathologique la forme extérieure n'est pas tout.

Il y a autre chose encore. Si le paralytique général est un syphilitique, c'est-à-dire un malade en puissance de syphilis, comment se fait-il que chez lui les plaies, les eschares ne prennent pas l'allure envahissante que nous leur voyons prendre chez les vrais syphilitiques ?

Et, alors que la syphilis est si répandue chez certains peuples, pourquoi la paralysie générale y est-elle inconnue ? Il ne suffit pas d'objecter l'absence de statistiques, ou de renseignements précis. S'il y avait des paralytiques généraux, on les verrait bien, aussi bien que l'on voit les autres malades. Je ne veux plus parler des Arabes d'Algérie : la question est tranchée depuis les recherches de M. Meilhon à l'asile d'Aix. Mais voilà qu'en Abyssinie, un médecin russe affirme que la syphilis atteint 80 p. 100 de la population, et la paralysie générale n'y existe pas (1) !

On nous dit alors que ce sont des peuples chez lesquels la vie cérébrale ne se manifeste pas avec la même intensité que chez nous ; que leur cerveau ne se fatigue pas, n'est pas surmené, comme le nôtre. Mais alors cela prouve que la syphilis, à elle seule, ne suffit pas à pre-

(1) Goltzinger. *Les maladies mentales en Abyssinie*, Revue Russe de Psychiâtrie, 1897, n° 3, in *Revue neurologique*, 1898, n° 3, p. 83.

duire la paralysie générale, qu'il faut encore autre chose, et c'est précisément ce que nous soutenons.

Quand nous disons qu'entre les lésions de la syphilis et celles de la paralysie générale, il y a cette différence capitale, que les premières sont localisées, isolées, tandis que celles de la paralysie sont diffuses, nous ne faisons que répéter ce qu'enseignent tous les traités de syphiligraphie, ce que vous pouvez lire tout au long dans le livre du professeur Fournier, « La syphilis du cerveau ». Il est vrai que dans son ouvrage plus récent « Des affections parasymphilitiques, » le même maître nous reproche de vouloir limiter arbitrairement le champ d'action de la syphilis. De quel droit, nous dit-on, voulez-vous empêcher la syphilis de produire des lésions diffuses? Rien n'empêche qu'il y en ait : donc il y en a. On ne fait pas attention que c'est là une simple pétition de principes. Si rien ne prouve qu'il ne puisse y avoir des lésions syphilitiques diffuses, rien non plus ne prouve qu'il y en a. On nous l'affirme, mais il faudrait le démontrer.

Messieurs, je ne veux pas continuer une discussion qui finirait par devenir fastidieuse. Permettez-moi cependant de dire encore un mot des statistiques. Il y en a, et de toutes sortes. Je suis bien de l'avis de M. Ballet, que, pour être de quelque valeur, les statistiques doivent remplir certaines conditions : celle par exemple de porter sur des chiffres importants, celle aussi de ne comprendre que des observations bien choisies. Et il est permis de douter que cette dernière condition ait été toujours bien remplie : on n'a qu'à lire, dans un livre récent, ce qu'on y fait figurer sous la rubrique « paralysie générale ». J'aime à penser que s'il nous apportait une statistique, M. Ballet n'y mettrait pas cette jeune femme qu'il a soupçonnée d'être syphilitique, parce que son père, médecin, lui avait fait prendre un médicament attaquant l'argent : nous pourrions lui objecter que ce n'est pas le mercure seul qui attaque l'argent, mais les iodures, les sulfureux, et d'autres encore.

En fait de statistiques, les partisans de la spécificité ne veulent admettre que celles qui donnent un pourcentage élevé. On va jusqu'à dire que, si l'on ne trouve pas la syphilis, c'est qu'on n'a pas su la chercher. Je vous

en apporte nue, à qui, je l'espère, on ne reprochera pas d'être faite pour les besoins de la cause, et qu'on ne récusera pas.

Je la trouve dans le dernier numéro de l'*Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie*, et elle a été recueillie dans l'un des asiles publics de la Bavière, à Gabersee, par le D^r Oscar Muller, médecin adjoint (1). Or, voici les chiffres que donne notre collègue.

Sur 1,158 aliénés admis du 1^{er} novembre 1883 au 1^{er} juin 1897, on compte 122 paralytiques généraux (77 H. — 45 F). La syphilis comme antécédent a été constatée avec certitude 17.7 p. 100 chez les hommes ; 6.4 p. 100 chez les femmes (2), ce qui fait 13 hommes et 2 femmes, et ce résultat est d'autant plus significatif qu'il corrobore absolument ceux qui ont été obtenus dans les deux autres asiles bavarois :

En effet, à Deggendorf, le D^r Kundt trouve 8.4 p. 100 chez les hommes, 7 p. 100 chez les femmes, et dans l'asile de Munich même, le D^r Heilbronner relève 16.26 p. 100 chez les hommes, 6.3 p. 100 chez les femmes.

Vous avouerez que la coïncidence est singulière.

Dans ses recherches, Muller note encore ce fait curieux, que sur 275 autopsies de paralytiques généraux, faites tant à Deggendorf (189) qu'à Gabersee (86), on n'a trouvé que deux fois des lésions certaines de syphilis : c'était dans chaque cas une tumeur gommeuse du foie.

Que des individus, hommes et femmes, ayant eu la syphilis, deviennent plus tard paralytiques généraux, nul ne songe à le nier. Mais qu'on nous montre une bonne fois qu'il y a un lien certain, une relation de cause à effet de l'infection syphilitique à la paralysie générale qui arrive dix, vingt ans plus tard ! C'est ce que l'on n'a pas pu faire. Pour moi, j'ai été frappé d'un

(1) Statistische Betrachtungen über allgem. Paralyse, aus dem Material der oberbayrischen Kreisirrenanstalt Gabersee, in *Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 54^e B^d, 6^e hft, 1898, p. 1027 et suiv. V. Oscar Muller, Assistenzarzt.

(2) Dans 8 cas, 4 hommes et 4 femmes, la syphilis était seulement probable. En les comptant, on n'arriverait cependant qu'à 17 hommes à 6 femmes.

fait que j'ai maintes fois constaté, et que je vais vous citer en terminant. J'ai eu, et j'ai encore, actuellement, dans mon service, des malades qui ont été notoirement syphilitiques, et qui l'ont été très gravement. Quelques-uns en sont restés défigurés. Je puis vous affirmer qu'aucun de ces malades n'est devenu paralytique général. J'ai publié l'an dernier quelques observations de démence syphilitique observées par moi. Ce qui semble indiquer que mon diagnostic était exact, c'est que l'un de ces malades étant mort il y a quelques jours, j'ai pu faire l'autopsie : il n'y avait aucune des lésions qui caractérisent la paralysie générale. Depuis que mon travail a paru, j'ai reçu à Charenton un officier dont je raconterai un jour l'histoire. Il avait été infecté à l'âge de vingt ans, ne s'était jamais bien soigné : vers l'âge de quarante ans, accidents cérébraux, crises épileptiformes, démence. Les traitements qu'on lui fait subir ne donnent aucun résultat, et il nous arrive dans un état lamentable, avec un vaste ulcère au milieu de la face, qui lui avait dévoré le nez et une partie des joues, perforé la voûte palatine. Grâce à un traitement approprié, il a guéri en quelques semaines, comme il pouvait guérir, en restant dément et affreusement défiguré ; mais il n'a plus eu d'attaques, et l'ulcère est cicatrisé. Ce malade était assurément dans les meilleures conditions pour devenir paralytique général, et il ne l'est pas devenu, pas plus que mes autres syphilitiques.

Il semble donc que, lorsque la syphilis est bien évidente, bien grave, bien actuelle, elle ne produit pas la paralysie générale. Au contraire, quand la paralysie générale existe, on ne trouve aucun signe visible de syphilis, ni ancienne, ni récente ; il faut, pardonnez-moi l'expression, se battre les flancs, pour la découvrir dans les antécédents. Explique qui pourra cette anomalie presque paradoxale ; explique aussi qui pourra l'obstination vraiment surprenante avec laquelle on persiste à infliger à tous les paralytiques généraux le traitement spécifique. Ce traitement, on l'a essayé des centaines de fois ; pas une fois il n'a donné de résultat appréciable, et l'on continue, et l'on recommence, et rien n'indique que l'on va changer de méthode.

M. SOLLIER. — J'ai eu l'occasion d'observer cinq cas

de paralysie générale chez des femmes, et toutes étaient syphilitiques.

M. AUG. VOISIN. — La communication de M. Ballet sur les lésions microscopiques cérébrales dans la paralysie générale m'a d'autant plus intéressé, et je dirais ravi, qu'elle est la confirmation de mes travaux sur le même sujet, parus il y a vingt ans dans mon *Traité de la Paralysie générale*.

M. Ballet a insisté sur la prolifération caractéristique des corps nucléaires qu'ils nous a montrés sur de beaux dessins coloriés par l'hématoxyline; il nous a présenté sur des planches des vaisseaux gorgés de ces noyaux ainsi colorés.

En l'entendant exposer ses travaux, je me représentais mes dessins d'il y a vingt-cinq ou trente ans et les démonstrations que j'ai données de la prolifération nucléaire dans mon *Traité de la Paralysie générale* paru en 1879, comme étant la lésion initiale et caractéristique de la paralysie générale. Je vous rappellerai donc, en faisant passer mes planches sous vos yeux, que j'ai décrit (1) des lésions d'origine vasculaire avec prolifération nucléaire et des altérations des cellules comme étant les lésions primitives.

1° *Lésions vasculaires et périvasculaires*. — Une lésion initiale, endartérite aigüe ou chronique, que l'on trouve toujours, mais à des degrés plus ou moins avancés, siège dans les parois vasculaires; elle est absolument analogue à la lésion vasculaire qu'on observe dans les inflammations des parenchymes. Elle atteint les capillaires et les artères, et débute ordinairement par la tunique externe et la gaine lymphatique.

On voit des corps nucléaires de 0^{mm},05 à 0^{mm},07, arrondis ou ovoïdes, plus ou moins serrés (pl. I, fig. 3, et pl. V, fig. 2 et 3), formant autour des vaisseaux des chapelets, pouvant constituer des manchons qui les enveloppent sans les toucher; ces corps sont plus nombreux aux bifurcations; ils siègent dans la cavité des gaines périvasculaires étudiées ci-dessous. Ils se colorent en rouge par le carmin et mieux encore en violet par l'hématoxyline.

(1) P. 418 de mon *Traité de la Paralysie générale*, 1879.

Calmeil décrivait ces corps sous le nom de disques ponctués.

2° *Epanchement blastématique périvasculaire.* — Dans certains cas, au voisinage du vaisseau existe une ligne serrée de globules sanguins décolorés ou non; le vaisseau paraît en outre entouré d'un liquide lourd et comme gommeux qui réunit les globules et les déborde. La présence de ce liquide gommeux voile un peu les préparations (pl. II, fig. 6) de mon *Traité de la Paralysie générale*;

3° *Epanchements globulaires. Cristaux d'hématine.* — Lorsque, à l'état frais, on examine une partie de substance grise ramollie, on voit dans la substance intermédiaire une grande quantité de globules sanguins plus ou moins décolorés, tandis que les vaisseaux sont bourrés de globules parfaitement rouges. Les globules sanguins, en s'altérant, donnent naissance à des cristaux d'hématine d'un jaune orangé qu'on rencontre dans les parois des vaisseaux, autour des vaisseaux, et mêlés aux corps nucléaires et des corps fusiformes. (Obs. XV, fig. 3, de mon *Traité*.)

4° *Lésions des cellules nerveuses.* — Dans la zone supérieure, un certain nombre de cellules sont atteintes d'altérations granulo-graisseuses, d'autres sont saines. L'altération des cellules malades (1) peut présenter plusieurs degrés (pl. XV, fig. 2 et 3 de mon *Traité*): à un premier degré, le protoplasma jaunâtre et le noyau peu visible sont à peine colorés par le carmin; à un second degré, le contour de la cellule est déformé, les granulations graisseuses ont augmenté de volume, le cylindre axe est effilé et les prolongements secondaires sont en partie rompus; le noyau est à peine visible et ne se colore plus par le carmin.

Dans un troisième degré, le protoplasma a pris une teinte pigmentée, le noyau ne peut plus se distinguer, les prolongements cylindriques et secondaires sont rompus, et la cellule n'apparaît plus que comme un corps étranger, isolé.

Telles sont les lésions que j'ai décrites dans la para-

(1) Il est inutile de faire remarquer que les lésions des cellules ne peuvent être bien étudiées qu'à l'état frais.

lysie générale, il y près de trente ans. Je n'ai pas changé d'opinion depuis et je pense toujours que la sclérose interstitielle révélée par de nombreux corps fusiformes disposés en chapelet autour des vaisseaux, n'est que secondaire et qu'elle est la conséquence des exsudations de blastème, d'organisation de ce blastème et de la prolifération nucléaire. Je suis heureux que les recherches de mon éminent collègue l'aient conduit aux mêmes résultats que moi sur l'existence de la prolifération nucléaire dans la paralysie générale.

M. GILBERT BALLE. — Si ma communication ne devait avoir d'autre résultat que d'avoir provoqué les observations et les remarques qui viennent de vous être présentées par MM. Brunet, Christian, Sollier, Auguste Voisiu, je me tiendrais encore pour satisfait et je ne regretterais pas de l'avoir faite. C'est avec un vif intérêt, en effet, que j'ai entendu l'exposé des derniers arguments derrière lesquels se retranchent les adversaires de l'origine spécifique de la paralysie générale. Qu'on me permette de répondre quelques mots à ces arguments.

Mais, tout d'abord, je demande à répliquer à M. Voisin. M. Voisin a commis une petite inexactitude quand il a parlé, à propos de mes préparations, de coloration à l'hématoxyline : les dessins que j'ai fait passer sous vos yeux étaient la reproduction de préparations colorées, non par l'hématoxyline, mais par la méthode de Nissl. Or la méthode de Nissl est constituée, c'est là ce qui fait son originalité, à la fois par un procédé de durcissement rapide (dans l'alcool à 96°), et par la coloration au bleu de méthyle. M. Voisin s'est attaché à nous prouver que, dans son *Traité* paru en 1879, il avait décrit les lésions d'encéphalite interstitielle dont je vous ai entretenus à la dernière séance. Si j'avais eu la prétention de vous donner ces lésions comme nouvelles, cette prétention vous eût paru au moins singulière, comme nous apparaîtrait mal fondée celles de M. Voisin, s'il pensait les avoir indiquées le premier. Ces altérations ont été signalées par Calmeil, par Rokitansky, par M. Magnan. Elles ont été décrites avec beaucoup d'exactitude et de finesse par M. Mierzejewski en 1875, reproduites par Mendel, à peu près à la même époque

où paraissait l'ouvrage de M. Voisin. Si j'en parle à nouveau, c'est pour appeler l'attention sur les avantages que la méthode de Nissl présente pour leur étude. Elle permet notamment de voir avec une netteté plus parfaite les lymphocytes et les cellules blanches dans la gaine adventitielle des vaisseaux et dans la trame névroglique. Le procédé de coloration ne fait, à ce point de vue, découvrir rien de nouveau que ne décèlent les colorations par le micro-carmin et surtout l'hématoxyline ; il rend simplement plus clairs et plus distincts des détails qui sont moins aisément appréciables sur les coupes différemment colorées. Mais la véritable supériorité de la méthode de Nissl se montre dans l'étude des lésions des cellules nerveuses : elle révèle à l'état normal, comme on sait, des particularités de structure que ne décèlent pas les autres procédés de coloration, et par suite, à l'état pathologique, elle permet de constater des altérations délicates qui, par les autres méthodes, passeraient inaperçues. La désintégration granuleuse, l'atrophie, dont M. Voisin nous a parlé, ne sont, il ne faut pas l'oublier, que des lésions ultimes, les derniers termes d'une série dont nous ne pouvons connaître les premiers qu'en recourant à des substances plus électives que le carmin ou l'hématoxyline.

Je reviens, Messieurs, à la question des relations de la paralysie générale et de la syphilis. M. Brunet a reproduit l'objection tirée de la rareté de l'encéphalite interstitielle chez les Arabes, qui sont, comme on sait, très exposés à la vérole. Qu'on me permette d'abord de remarquer que la paralysie générale n'est pas, comme on l'a dit un peu légèrement, inconnue chez les Arabes. Il résulte des statistiques mêmes produites par M. Brunet, que M. Lovy a vu sur 40 aliénés 8 ou 10 paralytiques, et M. Meilhon 13 sur 498. On pourrait se demander si, en l'état actuel des choses, les conditions d'observation sont telles que nous ayons des notions même approximatives sur la fréquence réelle de la paralysie générale chez les Arabes. Mais je passe condamnation et j'admets si l'on veut que *tous* les Arabes soient syphilitiques et que *pas un* ne soit paralytique. Même s'il en était ainsi, l'argument auquel M. Brunet a prêté l'appui de sa grande autorité, me paraîtrait sans valeur.

Ce qu'il faudrait établir en effet, ce n'est pas qu'il y a des milieux où la syphilis est fréquente et la paralysie générale inconnue, c'est qu'il y en a où la paralysie générale s'observe sans que parallèlement la vérole s'y rencontre. Nul ne songe à prétendre, en effet, que la syphilis fasse bande à part parmi les maladies infectieuses, qu'elle ne tienne pas compte, dans ses localisations précoces ou tardives, des *loci minoris resistentiæ*, et que certaines conditions d'atavisme, d'hérédité, de civilisation ne contribuent pas à faire du cerveau un organe plus ou moins vulnérable. L'hérédité chez le paralytique général n'est certainement pas celle que nous trouvons chez la plupart des obsédés, des persécutés, des intermittents, voire même des simples mélancoliques. Pour être autre, moins mentale si l'on veut, elle peut être néanmoins, et je ne vois pas que ce soit prouver que la syphilis ne peut pas faire la paralysie générale, d'établir qu'elle ne la fait pas nécessairement. M. Brunnct est impressionné par ce qui se passe chez les Arabes ; je le suis surtout par ce qui s'observe en Europe : or, en Europe, là où on trouve la paralysie générale on trouve la syphilis : encore une fois regardez de près les femmes, regardez les bourgeoiscs devenues paralytiques.

M. Christian a bien voulu rappeler quelques phrases que j'ai eu l'occasion de prononcer au Congrès de médecine mentale de 1889 et que je ne croyais pas appelées à l'honneur d'une citation. J'en ai toutefois écouté la lecture avec plaisir, non par ridicule amour-propre d'auteur, mais parce que cette lecture m'a montré que neuf ans d'expérience de plus m'amènent à professer, en 1898, sur l'anatomie pathologique des lésions syphilitiques et de la paralysie générale les mêmes idées qu'en 1889. Que disais-je en 1889 ? Répondant à M. Mabile, je faisais observer que c'était commettre une pétition de principe d'affirmer qu'une lésion ne peut être syphilitique qu'à la condition d'être circonscrite et que les altérations de la paralysie générale ne peuvent être spécifiques parce qu'elles sont diffuses. N'avais-je pas raison de tenir ce langage et ne connaissons-nous pas aujourd'hui des myélites dont l'origine spécifique ne peut être mise en doute et dont les lésions

présentent plus d'une ressemblance avec celles de l'encéphalite diffuse? M. Christian cherche, sur un autre point, à me mettre en contradiction avec moi-même : je voudrais aujourd'hui demander à l'anatomie pathologique des arguments qu'il y a neuf ans je considérais qu'elle n'était pas en mesure de nous fournir. N'en déplaie à mon éminent contradicteur, comme en 1889, j'estime que « tant qu'on ne connaîtra pas le microbe de la syphilis, tant qu'on ignorera les moyens de le déceler au sein des lésions qui sont son fait, les arguments empruntés à l'anatomie pathologique ne sauraient nous fournir que de simples présomptions dans la discussion qui nous occupe. » Seulement, M. Christian, avec l'anatomie d'hier, prétend que ces présomptions sont contre l'origine spécifique de la paralysie générale, tandis que je soutiens, avec une anatomie pathologique plus moderne, que ces présomptions sont en faveur de cette origine. C'est ce que j'ai cherché à montrer dans ma communication.

M. Christian n'a pas manqué de reproduire l'argument tiré de l'inefficacité du traitement antisypilitique. Je me permets de le renvoyer à la réponse qu'a faite M. Fournier à cet argument déjà vieux. Je me contenterai de lui demander si le traitement mercuriel est beaucoup plus inefficace dans l'encéphalite diffuse, que dans certaines formes de myélite dont la nature spécifique est cependant universellement admise.

Je ne veux pas terminer ma réplique sans concéder à M. Christian qu'il est un point sur lequel, depuis 1889, j'ai changé d'avis. Je pensais alors qu'on pouvait poursuivre, dans les hôpitaux ou les asiles, des enquêtes étiologiques de quelque valeur, et j'avais eu la naïveté de croire qu'il suffirait de faire appel à tous les médecins d'asile pour résoudre la question controversée du rôle de la syphilis dans la production de la paralysie générale. Mon opinion s'est bien modifiée depuis : j'ai dit dans ma communication ce que l'expérience m'avait appris sur la valeur des statistiques hospitalières, en ce qui concerne du moins la recherche de la syphilis dans le passé des malades. Je sais que M. Christian n'ajoute pas plus de valeur que moi à ces statistiques, qu'il a critiquées peut-être avec un peu d'excès. Aussi me per-

mettra-t-il de penser que c'est par simple acquit de conscience qu'il nous a cité aujourd'hui quelques chiffres, sur la portée desquels il ne se fait certainement pas illusion. M. Christian a l'esprit trop droit pour accepter les statistiques quand elles servent son opinion et les repousser quand elles l'infirmement.

M. RAFFEGEAU. — D'après mon expérience personnelle, je pense, comme M. Ballet, que la syphilis peut déterminer la paralysie générale sur un terrain préparé.

La séance est levée à 6 heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental Science

ANNÉE 1895.

I. — *Administration des aliénés à Berlin et en Ecosse avec référence spéciale à l'assistance dans les maisons privées*; par le D^r John Sibbald (numéros de janvier et d'avril). — L'assistance extérieure des aliénés est organisée à Berlin depuis 1885. M. Sibbald la compare au système écossais. L'exposé très intéressant qu'il fait d'abord de l'œuvre allemande a la valeur d'un document historique et mérite d'être reproduit dans ses parties essentielles.

A Berlin, les branches diverses de l'administration relèvent d'un groupe dirigeant, le conseil des magistrats et de la ville, qui est à la fois conseil municipal, direction d'assistance, des écoles. Chaque section de l'administration locale est confiée à une commission spéciale. L'une de ces commissions (*Armen Direction*) s'occupe des pauvres; une autre, de tout ce qui intéresse la santé publique: hôpitaux, asiles, hygiène, etc. Les aliénés pauvres qui n'ont pas besoin d'être surveillés dépendent de la première, les autres sont administrés par la seconde. Enfin, l'assistance des pauvres est répartie entre deux cent trente-neuf commissions locales (*Armen Commissionen*), une pour chaque district de Berlin, qui sont en relations continues avec l'administration centrale (*Armen Direction*).

Actuellement, les aliénés qui dépendent de la commission des asiles (en exceptant une soixantaine, traités dans le vieil établissement royal de la Charité) sont hospitalisés dans les asiles de Baldorf et d'Herzberge, dans des asiles privés, dans des écoles pour imbéciles et chez des particuliers.

Leur nombre total est au 31 mars 1892 de 3,123, dont 1,334 à l'asile, 1,606 dans des maisons privées et 183 logés chez l'habitant. Les jeunes imbéciles ne sont pas compris dans

cette statistique. Ce nombre de 3,123 représente à peu près une proportion de 20 sur 10,000 âmes de la population berlinoise. En 1862, la proportion n'était que de 5 sur 10,000. A cette époque, 204 aliénés seulement étaient hospitalisés à Berlin. L'asile de Balldorf a été inauguré en 1881; il a une annexe agricole et peut recevoir 1,100 malades. Un peu plus tard, l'asile de Herzberge a pu ouvrir ses portes à 1,000 aliénés. Si l'on ajoute à ces deux établissements celui de Wuhlgarten, qui va être incessamment affecté à 1,000 épileptiques, on aura complété la liste des établissements d'assistance spéciale que possède la capitale de la Prusse.

En présence de l'accroissement rapide du nombre des aliénés à Berlin, la question du traitement à l'extérieur de certains malades s'est posée. Le système familial avait déjà été préconisé jadis par le professeur Griesinger, ardent partisan de Gheel.

C'est le D^r Sanders, directeur de Balldorf, qui a eu le mérite d'organiser la nouvelle assistance, sous la haute direction du comité des asiles. Le D^r Alfred Bothe, médecin-adjoint, à qui a été dévolue la surveillance du nouveau service, a publié un travail très complet sur son fonctionnement.

Le traitement des aliénés dans les familles est soumis au contrôle des deux commissions dirigeantes, la commission des pauvres et celle des asiles. La première ne doit assister que les pauvres ordinaires, par l'intermédiaire de ses sous-commissions (*Armen-Commissionen*). Elle ne connaît des aliénés que pour les recommander à la seconde, en vue de leur internement. L'accord s'est fait entre les deux, pour l'entretien des malades, sur les bases suivantes :

Les aliénés traités au dehors sont divisés en deux catégories : 1^o ceux dont le trouble mental réclame l'intervention de l'aliéniste ; 2^o ceux qui peuvent se passer de soins médicaux. Les premiers demeurent soumis aux autorités des asiles et entretenus sur les fonds des aliénés. Les autres sont à la charge de l'« *Armen Direction* », et considérés comme des pauvres ordinaires pour l'affectation de leur dépense. Les aliénés à surveiller sont donc fréquemment l'objet d'un transfert de pouvoirs d'une administration à une autre, ce qui complique indûment le fonctionnement du service.

Le tableau suivant indique les formes mentales qui ont été traitées au dehors, de 1891 à 1892, sous le contrôle de l'asile. Quelques malades ont été réintégrés; mais d'une manière

générale, le traitement familial, appliqué avec une certaine hardiesse, a donné d'excellents résultats :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Imbécillité et idiotie	27	37	64
Epilepsie ou hystérie avec alcoolisme	27	39	66
Sans alcoolisme.	15	1	16
Paralysie progressive.	12	5	17
Folie sénile	7	15	22
Folie simple avec alcoolisme.	47	6	53
Autres formes de folie chronique.	34	67	101
	169	170	339

Les aliénés sont confiés à leurs familles, à des amis ou même à des étrangers, après enquête du médecin inspecteur. Ces derniers forment une classe de gardiens à part. Les étrangers susceptibles d'être employés sont inscrits sur une liste ; ils sont à la disposition de l'administration de l'asile qui les a acceptés et leur confie ses malades à l'heure du placement. Chaque maison reçoit un aliéné. Cependant, on a trouvé utile, dans quelques cas, de placer deux malades, exceptionnellement trois, dans la même famille. Jamais le chiffre de quatre n'a été dépassé.

En 1892, le nombre total des aliénés traités au dehors a été de 414 : 164 chez leurs parents, 250 chez des étrangers.

Nos lecteurs connaissent le système d'assistance écossais, qui est en vigueur depuis treute-sept ans. Nous en indiquerons les grandes lignes. Au sommet, le *local Government board* a le contrôle général de tous les pauvres. Il tient sous son autorité les conseils de paroisses qui ont chacun un inspecteur des pauvres qui s'occupe de toutes les questions d'assistance locale. Le conseil paroissial recueille l'impôt des pauvres, mais il s'intéresse aussi aux aliénés. Pour ces derniers, il relève de la direction générale de l'aliénation mentale (*general board of Lunacy*). La direction des aliénés est donc confiée, d'une part aux conseils des paroisses, de l'autre à une administration spéciale qui comprend les inspecteurs généraux des aliénés et les commissions de district. Le groupe des inspecteurs est formé de cinq membres, dont deux médecins payés. Il y a, en outre, deux médecins inspecteurs délégués (*deputy commissioners*), qui ont sous leur juridiction la surveillance des malades placés chez les particuliers.

Le *general board of Lunacy* a la haute surveillance de tous les aliénés riches et pauvres. Il gouverne les commissions locales (*district Lunacy boards*) qui ont sous leur contrôle les trentecinq asiles de district. Il reçoit, enfin, des conseils de paroisse les fonds recueillis pour l'entretien des malades.

Lorsqu'un individu devient aliéné, les conseils de paroisse, au nom du *local government Board*, décident s'il doit être ou non interné dans un asile. Le *district board of Lunacy* n'a pas à en connaître tant qu'il n'y est pas entré; il n'a plus à en connaître après qu'il en est sorti. S'il est un sujet convenable pour le traitement familial, il demeure sous la dépendance des conseils paroissiaux et du *general board of Lunacy*. L'organisation de l'assistance extérieure est des plus simples. Deux catégories d'aliénés sont inscrits sur les registres du *general board of Lunacy*. Les uns *n'ont pas passé par l'asile* et l'inspecteur des pauvres a fourni sur eux un rapport appuyé de deux certificats médicaux. Les autres sont sortis de l'asile et l'intervention seule de l'inspecteur a suffi pour leur assurer le traitement familial, sans qu'aucun certificat médical ait été nécessaire. Dans les deux cas, le *general board* a sanctionné la mesure et tous les aliénés qui en sont l'objet sont soumis au contrôle de cette haute commission qui délègue auprès d'eux ses inspecteurs (*deputy commissioners*). Les malades reçoivent donc, outre la visite périodique de l'inspecteur des pauvres, celle de ces envoyés de la haute administration spéciale, qui la tiennent au courant et provoquent, s'il y a lieu, des changements utiles. Ils vérifient aussi la gestion financière des conseils de paroisse et peuvent leur refuser l'allocation gouvernementale (*government grant*), s'ils ne sont pas satisfaits du traitement des aliénés. Au 1^{er} janvier 1894, le nombre des aliénés inscrits était de 2,565. Ce nombre ne représente pas exactement tous les aliénés qui jouissent de l'assistance extérieure. Il faut y ajouter, en effet, les placements à titre d'essai autorisés par le *general board* pour moins d'un an, des malades qui continuent d'être portés sur les registres de l'asile. Les directeurs accordent eux-mêmes des congés aux malades, d'une durée de vingt-huit jours, sous leur responsabilité.

Si l'on compare les deux systèmes écossais et prussien, on voit qu'ils offrent des différences notables qui doivent influencer sur leur développement.

En Écosse, tous les aliénés, internés ou non, dépendent d'une seule administration supérieure.

A Berlin, cette haute direction n'existe pas et certains aliénés traités au dehors sont assimilés à des pauvres ordinaires.

En Ecosse, les directeurs d'asile n'ont pas à s'occuper des malades placés dans les familles, le personnel des asiles n'a rien à voir dans l'assistance extérieure.

A Berlin, la surveillance de ces malades relève de l'administration de l'asile.

Le système allemand est évidemment défectueux. Il expose à des conflits entre l'administration des pauvres et celle des aliénés. En outre, cette œuvre d'assistance ne pourra se développer largement tant qu'elle sera sous l'action exclusive des directeurs d'asile. Ceux-ci devraient, au contraire, y être complètement étrangers. Pour que l'assistance extérieure donne tous les résultats qu'on peut en attendre, l'existence des aliénés doit être entièrement séparée et nouvelle; ils doivent trouver d'autres visages, un autre milieu et une méthode de traitement différente. Or, l'inconvénient le plus grave qui résulte du rôle imposé aux directeurs est la nécessité, pour faciliter leur contrôle, de grouper les malades dans les environs de l'établissement. On crée ainsi simplement des agglomérations d'aliénés au lieu de leur procurer les bienfaits de la vie familiale.

II. — *Sulfates dans l'urine des paralytiques généraux; leur rapport avec les attaques qui surviennent chez ces malades*; par le Dr John Turner (numéro de janvier). — Il y a, dit l'auteur, une relation constante entre l'activité des phénomènes de décomposition dont l'intestin est le siège et les attaques congestives des paralytiques généraux. Par l'action bactérienne, les matières albuminoïdes, qui contiennent 0,5 à 1,5 p. 100 de soufre, se décomposent et le soufre se combine avec les alcalins pour former des *sulfates de soude et de potasse*. Ce sont les sulfates préformés. Une proportion de 8 p. 100 du soufre des aliments passe ainsi dans l'urine.

La même action bactérienne donne lieu à la formation des corps de la série aromatique (indol, skatol, érésol, etc.) qui s'oxydent dans les tissus. Les composés qui résultent de cette oxydation (indoxyl) se combinent à leur tour avec les sulfates préformés (indoxyl-sulfates de potassium) et sont excretés par la voie urinaire. Ce sont les sulfates combinés ou aromatiques.

M. Turner démontre dans son travail que le rapport de ces deux genres de sels est sujet à variation dans la paralysie générale. A l'état normal, l'excrétion moyenne de l'acide sulfurique dans les vingt-quatre heures est de 1 gr. 5 à 3 gr. 5,

et le rapport des sulfates combinés aux préformés est de 1/10, variant entre 1/8 et 1/13. La quantité des sulfates combinés est de 2 à 3 grammes dans les vingt-quatre heures.

Le régime, qui exerce une si grande influence sur les fermentations intestinales, modifie aussi profondément cette proportion. Elle s'élève par l'alimentation azotée et s'abaisse par l'usage des végétaux et du lait.

Or, cette même proportion augmente pendant la période ultime de la paralysie générale, où se montrent surtout les attaques congestives. Ne peut-on pas en inférer que les fermentations du tube digestif ne sont pas étrangères à la production de ces crises et qu'un régime choisi pourrait les rendre moins fréquentes?

Les deux tableaux d'analyse joints à cette note donnent une réelle valeur à cette vue clinique. Le premier présente les observations de huit paralytiques généraux au début et l'on y voit que l'excrétion des sulfates combinés et préformés s'est faite dans des proportions à peu près normales. L'autre tableau se rapporte à onze malades, parvenus à la période ultime de la paralysie générale et ce rapport s'élève d'autant plus que la maladie est plus avancée, l'excrétion des sulfates aromatiques étant plus abondante. Enfin, les attaques congestives s'accompagnent elles-mêmes d'une élimination plus active de ces sels.

III. — *Sur les lésions dégénératives du système artériel chez les aliénés, avec remarques sur la nature de l'épendyme granuleux*; par le Dr Cecil F. Beadles (numéro de janvier). — Les aliénés sont victimes d'une sénilité précoce et les lésions vasculaires qu'ils présentent sont le résultat d'un vice de nutrition. Les altérations cardiaques sont communes chez les aliénés, mais elles sont plus ou moins fréquentes suivant les formes mentales. A Colney-Hatch, on les a observées le plus fréquemment dans la mélancolie (30 cas), puis dans la paralysie générale (12 cas), la démence (10 cas), la manie (5 cas), l'épilepsie (3 cas), l'imbécillité (1 cas).

La maladie de Bright, la maladie de Raynaud qui lui est si souvent associée chez les jeunes déments, l'hématome de l'oreille, sont des productions morbides qui démontrent un état pathologique des artères, lié à un trouble de nutrition dont la fragilité des os, la chute des dents sont encore l'expression très nette. Chez les aliénés, les organes thoraciques et abdominaux sont atteints de lésions dégénératives que l'on doit faire dépendre d'une fibrose artério-capillaire généralisée.

Le rein est le siège d'élection de ces altérations vasculaires. Sur 150 autopsies, M. Beadles a trouvé les reins malades chez 106 sujets, sans compter les cas de congestion simple. Il ne s'agit ici que d'un examen macroscopique.

Le cœur et les gros vaisseaux sont rarement sains. Sur les 150 sujets mentionnés plus haut, 136 offraient des lésions cardiaques, soit un pourcentage de 90. Les lésions valvulaires et surtout les lésions aortiques existent communément. Il y a presque constamment de l'athérome de l'aorte. Enfin la faiblesse cardiaque est démontrée par la dégénération des fibres du myocarde et l'abondance du pannicule graisseux qui subit parfois la transformation gélatineuse. Le cœur et le rein offrent d'ordinaire des altérations simultanées (cœur anormal 90,6 p. 100, rein anormal 70,6 p. 100).

Le tableau suivant, que nous avons cru devoir intégralement reproduire, emprunte ses chiffres aux tables de mortalité des quatre grands asiles de Londres : Hanwell, Colney-Hatch, Banstead et Cane-Hill. Il est démonstratif touchant la fréquence des lésions vasculaires chez les aliénés.

Causes de la mort.	Nombre de cas.	Pourcentage.
Affection cardiaque	204	5,51
Maladie du rein	47	1,27
Affections liées à une dégénération artérielle. . . .	146	3,94
Déchéance sénile.	310	8,38
Affection chronique du cerveau	569	15,39
Paralysie générale.	950	25,69
Nombre total des décès. . .	3,697	

L'étude des vaisseaux de la tête fait souvent constater la dégénération des artères de la base. Sur 60 cerveaux de femmes, M. Sibbald l'a vue 32 fois, sur 90 cerveaux d'hommes, 45. Toutes les formes d'aliénation mentale sont comprises dans cette évolution. D'après le Dr Bullen, l'athérome de la base est relativement rare dans la paralysie générale, un peu plus fréquent dans l'épilepsie et les folies aiguës, commun dans la démence.

Au microscope, les petites branches des artères cérébrales offrent des changements remarquables. La tunique interne est parfois le siège d'une prolifération qui tend à rétrécir le calibre du vaisseau. Le plus souvent, c'est la tunique moyenne qui

présente une prolifération des éléments musculo-fibreux avec des dépôts de graisse, les changements se montrent par places de sorte que l'artère paraît offrir des dilatactions anévrismales. L'épendyme ventriculaire est parsemé de petites éminences de même nature, qu'il ne faut pas confondre avec les granulations dont il va être question tout à l'heure. Dans toutes les formes mentales, les vaisseaux offrent une altération identique. A cette lésion de structure, il faut ajouter les extravasations sanguines et pigmentaires, les petits foyers de ramollissement, si communs dans les cerveaux d'aliénés.

La sclérose artérielle est toujours accompagnée d'une prolifération conjonctive abondante autour de la tunique externe, qui cause le durcissement du tissu cérébral. Les cellules-araignées sont des cellules conjonctives en voie de transformation fibreuse (Goodall).

M. Beadles s'arrête un instant à la pigmentation de la pie-mère, localisée à la moelle allongée et à la portion supérieure de la moelle cervicale. On peut l'observer chez tous les aliénés, mais principalement chez les paralytiques généraux. Il faut la distinguer, ce qui n'est pas toujours facile, de la congestion des petits vaisseaux. Elle est produite par une accumulation de cellules conjonctives contenant des granulations pigmentaires. Ces cellules, de formes diverses, se reconnaissent à un gros noyau moins coloré que le reste de la cellule.

Si l'on envisage les altérations vasculaires qui viennent d'être décrites et la dégénération des cellules nerveuses, qui apparaît presque toujours simultanément, on se demande quel est le trouble morbide primitif. Le Dr Skae admet que c'est la condition pathologique du système artériel qui ouvre la scène, et qu'elle joue le rôle capital dans la genèse de la folie. Il n'est pas illogique, en effet, de supposer que l'athérome et la diminution du calibre des vaisseaux puissent déterminer, par le défaut de nutrition, la dégénération cellulaire. Le rôle est bien connu aujourd'hui de la syphilis et de l'alcool, ainsi que l'action de ces poisons sur les vaisseaux et les viscères. Ne peut-on admettre, pour expliquer le trouble mental, chez les aliénés ordinaires, une intoxication par les ptomaines aboutissant à des lésions analogues : prolifération périvasculaire, troubles nutritifs, altération finale des cellules ?

Cet intéressant mémoire se termine par quelques remarques sur la nature des granulations épendymaires. Elles n'existent pas seulement, comme on l'a cru, dans la paralysie générale,

mais on les trouve encore assez souvent dans les affections cérébrales anciennes. On les a vues dans toutes les affections mentales, presque constamment dans l'hydrocéphalie aiguë et chronique. Les cerveaux sclérosés et durs, dont les petits vaisseaux sont altérés, sont ceux qui offrent le plus fréquemment cette lésion pathologique.

Ces granulations sont des tumeurs nées d'une cause irritative, quelque substance chimique formée dans le fluide ventriculaire ou dans le sang. A son contact, l'épithélium dégénère en certains points et s'hypertrophie dans d'autres. Il en résulte que la continuité de la membrane épendymaire est détruite, le tissu connectif dérivé de la névroglie et de la tunique externe des petits vaisseaux se développe activement et produit des élevures par places. On peut comparer ces néoplasmes aux verrues de la peau, tant sous le rapport de l'évolution que de la structure.

IV. — *Alimentation thyroïdienne dans la folie*; par le Dr Henri C. Bruce (numéro de janvier). — « Je pense que nous serons un jour capables de produire, par l'inoculation d'un poison, une contre-irritation avec fièvre et d'obtenir consécutivement les effets altérants, la réaction et le stimulus nutritif qui viennent après les attaques fébriles. »

Cette phrase, que l'auteur emprunte aux leçons cliniques du professeur Clouston, s'applique heureusement, d'après lui, à la thérapeutique thyroïdienne. Son mémoire mentionne de nombreux succès obtenus par la méthode. Il contient des notes cliniques sur vingt-trois aliénés et deux observations complètes, prises avec le plus grand soin. Il se termine par les conclusions suivantes :

1° L'administration de la glande thyroïde à l'intérieur détermine un mouvement fébrile et la réaction qui le suit est salutaire au malade ;

2° La dose de drogue nécessaire pour produire des effets physiologiques varie avec les individus, mais il est rarement utile de dépasser quotidiennement soixante grains d'extrait ;

3° L'ingestion prolongée et à dose excessive d'extrait produit de l'irritation gastrique ;

4° L'emploi de la thyroïde chez les aliénés n'est pas exempt de dangers, à cause de l'affaiblissement cardiaque qu'il occasionne. Ce danger est atténué et presque conjuré si l'on a soin de tenir les malades au lit pendant la durée du traitement et quelques jours après sa terminaison ;

5° L'alimentation thyroïdienne est contre-indiquée dans les cas de manie aiguë avec perte rapide de poids, où l'on redoute l'épuisement par suite de la non-assimilation de nourriture;

6° Le traitement paraît surtout efficace dans les folies pubère, climatérique et puerpérale;

7° Son action est souvent utile dans les cas où la guérison est retardée;

8° Dans les cas anciens, tendant à verser dans la démence, le traitement thyroïdien donne quelquefois une poussée salutaire (*fillip*, chiquenaude) qui amène une guérison définitive;

9° Les malades en traitement doivent être maintenus, autant que possible, à une température égale;

10° Autant que les observations sur les paralytiques généraux permettent de l'affirmer, les effets du traitement sur ces malades sont assez satisfaisants pour qu'on en puisse espérer un heureux résultat, s'il est appliqué de bonne heure.

V. — *La folie chez les naturels de l'Afrique méridionale*; par le D^r Duncan Greenlees (numéro de janvier). — C'est le compte rendu statistique de l'asile de Grahamstown, que son directeur appuie de quelques considérations intéressantes. Les chiffres qu'il contient embrassent une période de dix-neuf ans, de 1875 à 1894. Il y a eu 473 naturels admis, 319 hommes et 154 femmes. Les Cafres et les Hottentots sont en majorité. L'âge prédominant pour les hommes est de vingt-cinq à trente ans, pour les femmes de trente à trente-cinq ans. La forme mentale observée le plus communément est la manie (321 cas, ou 67 p. 100). La mélancolie n'est représentée que par 21 cas et sa forme est beaucoup plus anodine que dans la race blanche.

L'épilepsie n'est pas inconnue chez les sauvages, surtout chez ceux qui sont en contact avec la civilisation. Elle est généralement acquise (35 cas), mais l'affection idiopathique a été observée, semblable à l'épilepsie des Européens. D'autre part, la paralysie générale n'existe pas.

Le mouvement de la population est intéressant par le nombre considérable des guérisons obtenues (133: 102 hommes et 31 femmes).

Parmi les causes de la folie, il faut mentionner au premier rang l'alcoolisme et une intoxication spéciale par la *dogga*, une plante presque identique au chaivre indien, que les naturels fument et qui détermine des accès d'excitation maniaque. Les individus séquestrés s'adonnent à l'ouanisme et il est permis de

supposer que ce vice leur est familier et joue son rôle dans la genèse de l'aliénation mentale.

Il y a eu 114 décès. En voyant les causes de la mort, on est frappé de la rareté relative des affections du cerveau (32 cas) et de la fréquence des maladies thoraciques et abdominales (58 cas). La prédominance de ces dernières est imputable aux habitudes nouvelles que la civilisation impose aux sauvages, obligés de se vêtir et de se soumettre aux règles d'une hygiène qu'ils ignorent. Ils se refroidissent, se nourrissent mal, et se montrent d'une saleté repoussante. Les sauvages vivent moins longtemps à l'asile que les autres aliénés.

VI. — *Cas de catalepsie avec silence prolongé, alternant avec la verbigération*; par le D^r John Warnock (numéro de janvier). — C'est l'observation d'un ecclésiastique, âgé de quarante-trois ans. Il est issu d'un mariage consanguin et bien doué intellectuellement. Un chagrin d'amour, le surmenage, sont les causes probables de l'accès qui a débuté par de la dépression mélancolique, des hallucinations auditives et psycho-motrices (un automate était dans son corps qui lui donnait des ordres), des idées de grandeur (il se croyait le fils d'Arabi-Pacha). A l'asile, il a présenté dès les premiers jours un état cataleptique avec mutisme. Un peu plus tard, il faisait mouvoir sa tête en murmurant des mots incompréhensibles.

Après une légère amélioration, il devient agité et criard, puis il se montre encore inerte et silencieux. Ces états alternatifs se succèdent pendant des années.

Voici quelques détails sur les phénomènes qu'il a présentés. Après la phase de mutisme, la verbigération est marquée par la répétition monotone des mêmes phrases vides de sens, ou des déclamations bruyantes et emphatiques tout aussi dénuées de signification. Si on le questionne, il paraît surpris.

Du côté du système moteur se voit l'état cataleptique. Le malade prend des attitudes grotesques, résistant d'abord, puis cédant aux efforts qu'on déploie pour les changer. Les yeux sont fixes, le regard vague, parfois clignotant. Il exécute une série de mouvements automatiques de la tête et des membres qu'on peut interrompre en l'appelant à haute voix.

Il a présenté de l'anesthésie et de l'analgésie, des troubles vaso-moteurs et trophiques (inflammation d'un orteil), la suppression des réflexes. La respiration est presque entièrement diaphragmatique. Il est très sale et mange gloutonnement. Le sommeil est bon.

Est-ce là un de ces cas qu'on a désignés du nom de catatonie? Notre confrère pense que la catalepsie et le mutisme peuvent être considérés comme des phénomènes dépendant de l'état hallucinatoire. Ce serait alors une folie délusionnelle avec symptômes hystériques.

VII. — *Trois cas de guérison de mélancoliques après une période d'une longueur anormale*; par le D^r James Neil (numéro de janvier). — Le premier malade est un prêtre âgé de cinquante ans. Des malheurs de famille, un procès ont précédé l'invasion de la maladie mentale. Elle a revêtu la forme d'une mélancolie simple avec tentatives de suicide et a motivé l'internement après trois ans. A l'asile, il accuse un délire anxieux et des conceptions portant sur la religion et la morale. Les fonctions digestives sont troublées. Après trois nouvelles années, son état se complique de souffrances hypochondriaques et de sitiophobie. Il est tombé dans une misère physique et mentale profonde.

Encore quatre ans et une amélioration se produit, à la faveur de laquelle on remarque qu'il se met de lui-même au régime exclusif des farineux et du sucre. La convalescence a fini par s'établir et l'exeat a pu être accordé huit ans et onze mois après l'entrée.

Le second sujet est une veuve de quarante-cinq ans, parvenue à la période climatique. Elle est anxieuse, tourmentée par des idées de persécution et des craintes d'empoisonnement. Elle est atteinte, en outre, de dyspepsie chronique. La guérison complète a été obtenue dans la neuvième année, neuf ans et demi après le commencement de la maladie.

C'est encore une folie de l'âge critique, chez une femme non mariée qui fournit la troisième observation. Elle est héréditaire et récidiviste. Son cas mental est une succession d'accès dépressifs et d'exaltation mystique. Elle a défié Dieu; elle est perdue, le monde va brûler à cause d'elle. Elle a tenté de s'ôter la vie. Au bout d'un an, elle tombe dans la stupeur avec mouvements automatiques et répétition à voix basse des mêmes phrases. Cet état se complique de gâtisme. La stupeur a duré six ans, après lesquels elle est revenue graduellement à la raison. Elle avait séjourné sept ans dans l'asile.

D^r PONS.

BIBLIOGRAPHIE

Contributo clinico ed anatomico allo studio del cisticerco del cervello umano (Contribution clinique et anatomique à l'étude du cysticerque du cerveau humain); par Guido Gianni, avec 4 figures. Laboratoire anatomo-pathologique du manicomio de Rome (professeur G. Mingazzini). — *Rivista speriment. di freniatria*, 1897, XXIII, 611 s. q.

Les cas de *cysticercus cellulosæ* du cerveau humain sont trop nombreux dans la littérature médicale pour que l'auteur ait cru devoir attirer une fois de plus l'attention sur ce sujet : il s'agit en réalité, d'une trouvaille d'autopsie, qui a éclairé d'une lumière inattendue une longue observation clinique dont les symptômes avaient reproduit si exactement ceux que l'on considère comme typiques de l'épilepsie dite essentielle qu'il n'avait guère été possible de s'écarter de ce diagnostic pendant la vie du malade.

Nous résumerons cette observation et nous la ferons suivre des réflexions, aussi judicieuses que pénétrantes, de G. Gianni sur la nature des épilepsies.

Le malade, B... (Vincenzo), trente-deux ans, chargé d'une grave hérédité névropathique, fut sujet dès l'enfance à des convulsions et à des troubles cérébraux, consistant en pertes de connaissance précédées de pâleur et suivies d'amnésie. A vingt ans, ces accès auraient disparu pendant un intervalle de dix ans. A l'asile, ces attaques se produisaient à des périodes plus ou moins éloignées, quelquefois à trois mois de distance, toujours avec les mêmes caractères et surtout la nuit. Sans aura appréciable, le malade était pris subitement de convulsions cloniques, surtout à droite, laissait couler ses urines, se mordait les lèvres, avait de l'écume à la bouche et perdait la conscience, qui ne revenait qu'après quelques minutes. Comment un pareil ensemble de symptômes n'aurait-il point fait croire à l'existence d'attaques d'épilepsie classique? Car on admet communément aujourd'hui que, même dans cette sorte d'épilepsie, l'aura peut manquer, ainsi que la période tonique

initiale de l'accès; on sait, en outre, que les convulsions sont toujours plus accentuées d'un côté que de l'autre. La marche de cette névrose s'accordait encore avec la forme des accidents : apparus dès l'enfance, les accès, interrompus à vingt ans, avaient recommencé à trente, plus rares, mais avec des équivalents psychiques des plus nets : le caractère de cet homme s'était profondément modifié; irascible, violent, défiant, négligeant son travail et sa famille, persécuté, se croyant menacé et insulté par tout le monde, il s'emportait contre sa femme, qu'il accusait d'avoir causé son mal, la maltraitait, puis, avec l'apaisement de la céphalalgie qui avait déterminé ces attaques, il se calmait de lui-même, priait sa femme de lui pardonner, disant que : « ce n'était pas lui, mais le mal qui l'avait fait agir ainsi ». Plus tard, ces désordres mentaux, tout en conservant leur caractère paroxystique, devinrent d'une violence telle que le malade dut être maintenu dans son lit pour l'empêcher de décharger sa fureur sur les gens et sur les choses; un jour, il brisa quatre-vingts vitres; il a plusieurs fois tenté de tuer et de se tuer.

Trois faits inclinaient surtout à faire admettre l'existence de l'épilepsie idiopathique; le retour, par accès éloignés, des désordres psychiques accompagnés de forte céphalalgie; la rareté toujours plus grande des attaques convulsives; la production d'hallucinations menaçantes ou terrifiantes, surtout de la vue et de l'ouïe, et enfin la conscience, au moins partielle, de ce qui avait eu lieu, encore que cette dernière circonstance ne s'observe pas d'ordinaire dans l'épilepsie. Cependant, comme le remarque fort justement Gianni, « si tous les auteurs s'accordent à reconnaître que ces désordres psychiques évoluent tous sur un fond commun, le trouble de la conscience et l'amnésie consécutive, il n'en est pas moins vrai que l'intensité de ces désordres de la conscience varie dans les différents cas. Il y a des cas incontestables où les malades ont conservé la conscience et le souvenir de ce qui leur est arrivé; des observations de Gall (rapportées par Esquirol), de Féré, de Ball, sont explicites à cet égard; il y a plus : Hennocq, dans une thèse récente (1), cite plusieurs cas où, au milieu de crises convulsives généralisées, absolument évidentes, les malades avaient conservé la conscience de leur état et l'ont prouvé en répondant aux questions qu'on leur a posées ».

(1) Hennocq. *De l'épilepsie avec conscience*. Th. de Lille, 1894.

Par conséquent, et cette remarque est de Parant (1), si l'on peut observer des cas où la conscience est conservée durant une attaque convulsive vulgaire, contrairement à toutes les notions courantes, comment s'étonner de voir la conscience réellement conservée pendant les équivalents psychiques, véritables convulsions intellectuelles? Aussi bien, avec le progrès de l'affection et de la dégénération psychique, les impulsions du malade de Gianni cessèrent d'être conscientes, et cela, comme il arrive souvent chez des épileptiques, du fait des altérations progressives de l'écorce cérébrale.

Or, à l'autopsie de ce malade, l'auteur trouva, disséminés sur les faces externes et internes des deux hémisphères cérébraux, des kystes renfermant des cysticerques. Ces kystes, de la grosseur d'une uiolette, contenaient le scolex du *tæmia solium* de l'homme, dont la tête, garnie de quatre ventouses ou suçoirs, est couronnée par deux rangs de seize crochets allongés. Il s'agissait bien du *cysticercus cellulosæ*, ainsi que le confirma Grassi, professeur d'anatomie comparée à l'Université de Rome. Dans aucun organe, ni thoracique, ni abdominal, on ne rencontra de kystes semblables à ceux du cerveau. Il n'en existait ni dans les yeux, ni sous la peau, etc.; il y en avait au contraire d'innombrables, de forme et de grandeur variables, dans l'épaisseur des muscles des membres supérieurs et inférieurs. La symptomatologie du cysticerque cérébral varie, on le sait, des plus légers symptômes (céphalalgie paroxystique, vertige périodique, etc.) aux plus graves (paralyse, convulsions, troubles psychiques). Sur quatre-vingt-huit cas, Küchenmeister a noté seize fois l'absence de symptômes, six fois des signes insignifiants, cinq fois de l'épilepsie simple, quatre fois de l'épilepsie avec des désordres psychiques, quinze fois de l'épilepsie accompagnée de paralysie, *vingt-quatre fois* enfin des *désordres de l'intelligence sans épilepsie*. Ajoutez que, suivant la doctrine reçue, l'épilepsie causée par le cysticerque cérébral présente d'ordinaire une marche extraordinairement rapide et tumultueuse pour aboutir à la mort. Or, ce malade avait souffert de convulsions depuis son enfance et, quand celles-ci reparurent, après dix ans d'interruption, elles n'apparaissaient souvent qu'à trois mois d'intervalle. On ne pouvait donc songer qu'à l'épilepsie essentielle.

(1) Parant. *Les impulsions irrésistibles des épileptiques*. Rapport au Congrès de Bordeaux, 1895.

Rien ne prouve mieux, écrit Gianni à son tour, combien « il est impropre de parler d'épilepsie classique, idiopathique ou symptomatique ». Des lésions aussi diffuses, macroscopiquement, de la substance cérébrale, ont pu présenter parfaitement le syndrome clinique de la névrose épileptique, avec la dégénération psychique consécutive, avec des désordres psychiques paroxystiques. « De l'impuissance de déterminer, par insuffisance de moyens d'investigation ou pour d'autres raisons, la lésion dans un certain nombre d'épilepsies, est née l'idée de l'épilepsie idiopathique essentielle, classique. » On a ensuite appelée symptomatique l'épilepsie que l'on suppose être sous la dépendance de quelque cause susceptible d'être trouvée. Mais, à mesure que des moyens d'étude plus efficaces ont permis de déterminer des lésions demeurées jusque-là inconnues, le domaine de l'« épilepsie idiopathique » a été toujours en diminuant : aujourd'hui, tout tend à faire disparaître ces distinctions. Büchholz et surtout Chaslin incriminent, chez les épileptiques, une lésion histologique constante de l'écorce : une sclérose corticale disséminée avec prolifération de la névroglie. Tout en combattant cette manière de voir, Blocq et Marinesco admettent que dans les cas où se rencontrent des lésions, celles-ci sont des plus variables. Pierre Marie a soutenu l'origine infectieuse ou toxique de l'épilepsie. Grasset et Reuzier, renonçant à l'ancienne division de l'épilepsie en idiopathique, symptomatique et sympathique, déclarent que toute épilepsie est symptomatique, soit d'un état local du système nerveux, soit de l'état d'un organe éloigné, soit enfin d'un état général, connu ou restant à déterminer, etc. Dans le cas de Gianni, les lésions portaient sur les territoires les plus différents de l'écorce cérébrale ; elles auraient pu être causées par quelque autre accident, il n'importe. Ce cas démontre, en outre, « combien sont probablement dans le vrai ceux qui localisent la cause productrice de l'épilepsie dans l'écorce cérébrale, soit qu'ils invoquent, à l'appui de cette théorie, des faits cliniques ou les résultats de l'expérimentation. Que si quelques auteurs s'accordent à localiser le siège de l'épilepsie dans la moelle allongée et dans le pont, on postule toujours la diminution de l'action directrice des centres supérieurs, laquelle peut résulter des causes les plus variées. »

Enfin, ce cas suggère une dernière réflexion, relative aux *hallucinations* du malade. Selon Tamburini, on le sait, elles ont pour siège les centres sensoriels de l'écorce et consistent

dans une excitation morbide de ces centres, analogue à celle qui, portée sur les centres moteurs, produit l'épilepsie d'origine corticale. Or, B... était en proie à des états hallucinatoires de la vue et de l'ouïe qui, dans les derniers temps surtout, commandaient tous les désordres de son intelligence. Des kystes se sont rencontrés qui ont sûrement irrité les lobes temporaux et occipitaux, centres de l'audition et de la vision mentales. Ces petites tumeurs ont certainement déterminé, par irritation mécanique (et peut être chimique) de la substance grise des centres sensoriels, avec le réveil des perceptions qui y sont conservées, la production des hallucinations.

JULES SOURY.

**Revue des thèses soutenues devant la Faculté
de Médecine de Lyon pendant l'année 1897.**

- I. — *Etude psychologique de l'anesthésie par l'éther avec quelques considérations médico-légales* ; par le Dr B. Baron, élève du service de Santé militaire. — Thèse, Lyon, décembre 1896, 118 p.

L'analyse de cette thèse, soutenue à la fin de l'année 1896, n'a pu être faite à temps pour la revue de l'an dernier. Nous ne voudrions pas cependant la passer sous silence, car c'est un excellent travail à lire par tous ceux qu'intéresse la psychologie expérimentale. L'auteur y ajoute aux différentes observations déjà connues quelques faits inédits et, entre autres, une auto-observation bien analysée ; il en déduit les conclusions physiologiques et psychologiques suivantes :

Si l'on classe les organes nerveux par ordre de susceptibilité à l'action anesthésique de l'éther, nous aurons, au premier rang, les hémisphères cérébraux, c'est-à-dire l'instrument le plus noble et le plus délicat de notre activité psychique ; au dernier, le bulbe en tant que centre autonome des fonctions purement vitales de respiration et de circulation ; entre les deux, la moelle ; cette action progressive et graduelle permet donc de distinguer trois étapes : 1° une étape cérébrale ; 2° une étape médullaire ; 3° une étape bulbaire, qui est l'étape toxique.

L'étape cérébrale est marquée par la dissociation et la disparition progressive de nos facultés intellectuelles, des plus hautes, des plus complexes, aux plus instinctives. Ce sont d'abord les facultés que l'on peut appeler *coordinatrices* (atten-

tion, volonté) qui disparaissent les premières; puis c'est le tour des facultés *imaginatives* (imagination, mémoire, celle-ci persistant la dernière).

L'éther, en agissant sur la volonté et les mouvements, va du plus complexe et du plus volontaire au simple réflexe.

Il agit de même d'abord sur la *sensibilité*, forme supérieure de l'acte sensitif que l'on pourrait décrire réflexe psychique, sensitif; la sensation perçue n'étant, en définitive, que la réaction consciente du cerveau à l'impression reçue; il agit ensuite sur la *sensitivité*, réflexe sensitif, médullaire et, partant, involontaire et inconscient.

Au réveil, l'homme recouvre l'usage de ses facultés dans l'ordre inverse de leur disparition.

Avant de paralyser, l'éther, obéissant à une loi physiologique générale, excite; cette période primordiale d'excitation, par l'attraction de son brillant cortège psychologique, provoque une manie toxique: l'*éthéromanie*, dont l'auteur étudie la symptomatologie et l'influence sur la responsabilité. La lecture du travail s'impose pour en dégager les points intéressants, ce que ne peut faire convenablement un bref et sec résumé.

II. — *Essai sur les mimiques voulues*; par le D^r G. Dupuis. Thèse, Lyon, mars, 1897, 80 pages, 10 photographies.

Travail des plus attrayants, écrit, sous l'inspiration du professeur Pierret, par un médecin doublé d'un artiste. Les idées principales qui se dégagent de la lecture de l'ouvrage de M. Dupuis sont que la mimique expressive normale s'exerce automatiquement, en dehors de la volonté, et que les troubles de la mimique sont dus, soit à des causes d'ordre pathologique, soit à l'action de la volonté.

Lorsque la volonté intervient pour modifier la physionomie et lui fait prendre une allure différente de celle que comporte l'état psychique, elle ne réussit qu'à la fausser, à la dissocier. Même chez les acteurs expérimentés, les sujets maîtres d'eux-mêmes, la mimique vraie reparait toujours sous la fausse par quelques détails, au grand détriment de l'harmonie de la physionomie.

La mimique des yeux est fort peu influencée par la volonté. C'est elle qui trahit le véritable état d'âme.

Les falsifications mimiques devront être recherchées avec soin chez ceux que l'on soupçonne de simuler la folie et aussi chez tous les simulateurs ou coupables.

Il est bon d'avoir pour cela présent à l'esprit le petit tableau synthétique que M. Pierret a donné en 1887 et où il oppose à l'expression rapide, concordante, adéquate, homogène et suffisamment persistante de l'homme sain, celle de l'aliéné, qui se trouve, suivant les cas, lente, discordante, excessive, insuffisante, dissociée, fugitive ou trop prolongée.

Les dissociations mimiques dues à la volonté ont pour caractère essentiel d'être fugitives et mobiles comme les causes qui les créent et ne sauraient être confondues avec celles plus fines, durables et périodiques, qui sont dues à des lésions nerveuses.

L'auteur a joint à son travail dix photographies obtenues par lui-même, reproductions de gravures, d'œuvres d'art, ou physionomies d'acteurs et d'aliénés qui lui servent de pièces de démonstration.

III. — *Dégénérescence mentale et neurasthénie;*

par le D^r A. Vial. Thèse, Lyon, avril 1897. 34 pages.

Extraire des nombreux travaux sur la dégénérescence en général et sur la dégénérescence mentale en particulier quelques idées nettes n'est pas chose facile, et il faut savoir gré à l'auteur de l'avoir tenté. La dégénérescence, dit-il, présente un triple critérium : prédisposition, involution et déchéance finale. La fonction mentale n'est pas la seule à obéir, dans des conditions données, à la dégénérescence. La régression mentale n'est qu'un mode de la régression biologique. Dans ces conditions, les aliénés héréditaires simples et les névrosés entrent dans le groupe des dégénérés.

La neurasthénie n'est qu'un syndrome. Elle peut être acquise ou héréditaire. Par l'acquis, elle se rattache à la vie physiologique normale. Par l'hérédité, elle devient la source de toutes les névropathies. La prédisposition, l'involution et la déchéance finale justifient l'entrée du neurasthénique dans le groupe des dégénérés.

IV. — *Du développement de la tête au point de vue de la céphalométrie depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte;* par le D^r J. Bonnifay. Thèse de Lyon, juillet 1897, 80 p.

V. — *Troubles trophiques provoqués chez l'homme par l'ampoule de Crookes;* par le D^r H. Schall. Thèse de Lyon, juillet 1897, 61 p.

Bien que ces deux thèses ne touchent que très indirectement aux études psychiatriques, nous avons cru devoir cependant

les signaler ici à cause de l'intérêt qu'elles présentent pour les aliénistes qui s'occupent de craniométrie et de radiographie.

Dans la première, on trouvera de nombreux renseignements sur les variations des divers diamètres craniens avec l'âge; dans la deuxième, une étude pathogénique des troubles trophiques dus aux phénomènes d'électrolyse qui accompagnent l'emploi des rayons X, ainsi que quelques moyens pratiques pour les éviter. L'auteur engage à éloigner, dans ce but, le malade de la sphère d'action du tube, à faire de courtes séances, à isoler le sujet du sol, à interposer sur le passage des rayons X une mince feuille d'aluminium mise en communication avec la terre, à faire usage de la machine statique pour actionner les tubes de Crookes, enfin à employer avec cette machine des tubes de Crookes produisant des rayons X par le seul passage de l'effluve statique.

TH. TATY.

Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne;
par le D^r J. Roubinovitch, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, 1 vol. in-8°. Doin, 1896.

La folie est la même partout; seules, la terminologie et les classifications diffèrent. C'est ce que nous démontre M. Roubinovitch, dans cette douzaine de conférences où tout est clair et mis au point avec une grande précision. Alors que les aliénistes français, évitant autant que possible les hypothèses, basent sur les faits seuls leurs classifications si éminemment pratiques, les allemands font reposer les leurs sur des principes psycho-physiologiques dont l'existence n'a pas même reçu un commencement de démonstration.

Mettant en présence les trois classifications de Magnan, de Krafft-Ebing et de Schüle, l'auteur nous montre que ces deux dernières sont en définitive une complication subtile de la doctrine héréditaire de Morel, avec une multiplicité de divisions et de subdivisions qui sentent beaucoup plus la dialectique philosophique que la méthode d'observation.

Parmi les formes psychopathiques, la *manie* et la *mélancolie* sont admises par tout pays. La *manie raisonnante*, les *folies périodiques*, les *folies névrosiques* figurent également partout sous le même terme; mais les interprétations doctrinales varient. Il en est de même du *délire aigu*, de la *paralysie générale*, de la *démence sénile* et des *folies toxiques*. Les diver-

gences n'existent que sur les formes plus complexes, démence primitive ou confusion mentale et délires systématisés.

La multiplicité des termes employés par les auteurs allemands jette une grande confusion dans leurs écrits, et très à propos M. Roubinovitch a fourni au lecteur français la clef qui les lui rendra accessibles. En terminant, il nous engage à nous défier de notre « dégénérescence », qui, si l'on n'y prend garde, finira par tout brouiller chez nous, comparable en cela à « l'invalidité cérébrale » des Allemands. L'avis est bon et mérite d'être écouté.

A. CULLERRE.

La demenza paralitica negli imbecilli (La démence paralytique chez des imbéciles. Note clinique); par Luigi Cappelletti, vice-directeur du manicomio provincial de Ferrare; directeur, Tambroni. *Rivista speriment. di freniatria*, 1897, t. XXIII, 644 s. q.

L'étiologie de la paralysie générale, non moins que son association avec d'autres formes de maladies, reste un chapitre toujours ouvert de pathologie mentale. De cas de démence paralytique chez un imbécile, l'auteur n'en a trouvé que deux, l'un décrit par Christian (*Ann. médico-psychol.*, 1881, p. 61), l'autre par Sigheicelli (*Archiv. ital. per le mal. nerv.*, 1887, p. 486). Celui qu'il publie est le troisième (encore qu'il en ait vu signaler un autre dans les registres du manicomio de Ferrare).

T. G..., âgée de cinquante-quatre ans, fut envoyée à l'asile comme atteinte d'accès subits de fureur qui la rendaient dangereuse. Hérédité psychopathique chargée. Le médecin qui l'a dirigée sur le manicomio la déclare « idiote ». Bonne santé habituelle; ni syphilis, ni alcoolisme. Chassée de la maison par son frère, cette infirme se trouva tout à coup plongée dans la plus extrême pauvreté, car elle n'a jamais pu travailler pour vivre; elle souffrit de la faim et du froid, mais sans rien perdre de sa sérénité coutumière; elle allait de lieu en lieu, se nourrissant de quelques morceaux de pain qu'on lui donnait en aumône. Elle dépérit rapidement; son intelligence, débile, encore que bien équilibrée, commença de présenter quelques désordres; de calme et paisible, elle devint par moments agressive, en même temps qu'une obnubilation progressive l'isolait de plus en plus du monde. Au manicomio, elle ne présenta plus d'accès d'agita-

tion. Quelquefois seulement, inquiète, elle poussait des cris et faisait entendre des gémissements.

Colonne vertébrale en forme d'S.

Circonférence crânienne inférieure à la moyenne; crâne asymétrique avec arrêt de la portion frontale; plagiocéphalie occipitale droite; front bas, étroit, fuyant, face asymétrique, etc.; oreilles grandes et à anse; squelette des mains et des pieds très développé. Tremblement des muscles élévateurs de la lèvre supérieure et des ailes du nez. Tremblement de la langue avec mouvements fibrillaires vermiculaires. Tremblement et incoordination des mouvements des mains; affaiblissement des membres inférieurs; démarche lente et oscillante. Trouble caractéristique de la parole; hésitation dans la prononciation des syllabes; tremblement manifeste. Pupilles inégales, mydriatiques, réagissant peu à la lumière et à la douleur, ainsi qu'à l'accommodation. Diminution de tous les modes de la sensibilité. Réflexes tendineux exagérés, etc. Foyer aortique.

L'émotivité de cette malade qui ne possédait qu'un très petit nombre d'idées était exagérée. Son délire expansif était pâle, n'ayant de racines que dans un terrain mental congénitalement stérile; il était caractérisé par une euphorie constante, par un sentiment exagéré de bien-être, par une tendance à voir partout de l'or et de l'argent: d'or étaient ses vêtements, ses cheveux d'argent, etc.

Elle mourut, après deux mois de séjour à l'asile, d'une attaque apoplectiforme qui, en la confinant au lit, accéléra les désordres trophiques qui terminent souvent la vie des déments paralytiques.

L'examen anatomo-pathologique confirma de tous points le diagnostic porté pendant la vie, celui de démence paralytique chez une imbécile.

Or, on avait supposé communément jusqu'ici que les imbéciles échappaient à la paralysie générale. « Si cela avait été vrai, écrit Cappelletti, dans une phrase digne de Swift lui-même, une bonne partie du genre humain aurait quelque raison de se féliciter. » L'idée d'après laquelle la paralysie progressive est une maladie qui n'atteindrait presque exclusivement que des personnes d'un esprit supérieur et qui font beaucoup travailler leur cerveau, contient une grande part d'exagération: la paralysie générale n'épargne point les nobles intelligences; elle frappe aussi les esprits débiles: elle s'attaque aux riches et aux pauvres.

Quant aux considérations de nature étiologique, on ne dé-

couvre, chez cette femme, aucune des causes incriminées d'ordinaire dans la genèse de cette affection : ni syphilis, ni alcoolisme, ni ébranlements émotifs, ni traumatisme de la tête. On ne décèle, chez elle, qu'une lourde tare héréditaire. Et voilà la cause vraie. L'épilogue de cette débilité mentale congénitale fut la démence paralytique. Sans doute, l'auteur admet, comme cause occasionnelle, déterminante, le changement de vie, la profonde misère qui, sans avoir affecté douloureusement cette femme, ne laissèrent pas d'agir sur elle, au moins à la manière d'un « mécanisme d'ordre inférieur et purement végétatif ». Cette cause serait probablement demeurée sans effet si elle n'eût atteint un cerveau foncièrement faible. Ce qui, une fois de plus, démontre l'influence capitale de l'hérédité dans la production des maladies nerveuses et mentales.

J. SOURY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Die Färbetechnik des Nervensystems (La technique de coloration du système nerveux); par le D^r Bernhard Pollack, de Berlin. 2^e édition. 1 vol. in-16 de 172 pages, cart. à l'anglaise. Berlin, S. Karger, 1898.

— Sur le diagnostic de la paralysie générale. Sur l'organisation médicale des asiles d'aliénés; par le D^r Charpentier. 14 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France*. Session de Toulouse, 1897.

— Fourteenth annual Report of the Committee on Lunacy to the Board of public Charities of the Commonwealth of Pennsylvania for the year ending september 30, 1896 (Quatorzième rapport annuel de la commission des aliénés du Comité d'Assistance publique de l'Etat de Pensylvanie pour l'année finissant le 30 septembre 1896). 254 pages in-8°, Pensylvanie, 1897.

— L'assistance et le classement des aliénés dans d'autres pays; par le D^r J. Al. Peeters. 14 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1897.

— Festschrift anlässlich des fünfzigjährigen Bestehens der Provinzial-Irren-Anstalt zu Nietleben bei Halle A. S. von früheren und jetzigen Aertzten der Anstalt (Livre jubilaire à l'occasion du cinquantième de la fondation de l'asile d'aliénés provincial de Nietleben, près Halle, par les médecins anciens et actuels de l'asile). 1 vol. in-4° de 522 pages. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1897.

— Névroses et idées fixes ; par le D^r Pierre Janet. Tome I. Etudes expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire ; sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement. 1 vol. in-8° de 492 pages, avec 68 fig. dans le texte. Paris, Félix Alcan, 1898.

— Sur un signe non encore mentionné de dégénérescence mentale ; par le D^r Dubourdieu. 16 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France*. Session de Toulouse, 1897.

— Lexique-formulaire des nouveautés médicales et biologiques. Nouvelles maladies, nouveaux syndromes, nouveaux remèdes, nouvelles opérations ; par le professeur Paul Lefert. 1 vol. in-12 de 387 pages, cart. à l'anglaise. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1898.

— Etude de politique scientifique. De la suppression des délits de vagabondage et de mendicité ; par A. Regnard. 52 p. in-8°. Paris, L. Larose, 1898.

— Die Geistesstörungen des Greisenalters (Les troubles mentaux de la vieillesse) ; par le D^r Hermann Schmidt, de Dalldorf. 40 p., in-8°. Extrait de la *Deutsche Medicinal-Zeitung*, 1898, n^{os} 9-15.

— La cura dell' epilessia in Inghilterra ed in America (Le traitement de l'épilepsie en Angleterre et en Amérique) ; par le D^r G. Selvatico-Estense. 23 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*. 1897. Fasc. IV.

— Report of the Committee of the American Neurological Association on the after-care of the Insane (Rapport de la Commission de l'Association neurologique américaine sur le patronage des aliénés) ; par les D^{rs} H. Stedman, L. Dana et Dercum. 37 pages in-8°. Extrait de *The Journal of nervous and mental disease*, novembre 1897.

— Sull' attenzione. Rivista critica (De l'attention. Revue critique) ; par le D^r Sante de Sanctis. 6 pages in-8°. Extrait de la *Rivista quindicinale di psicologia, psichiatria, neuropatologia*. Janvier, 1898.

— Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique ; par le D^r H. Hallopeau, professeur agrégé de la Faculté de Paris. 5^e édit. revue et augmentée avec la collaboration de A. Cavaase, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 776 pages avec 64 figures noires et coloriées intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1898.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du 30 décembre 1897* : M. le D^r FENAYROU, médecin-adjoint de l'asile de Blois, est promu à la 1^{re} classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du 23 février 1898* : M. le D^r LALANNE, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (concours de Nancy du 11 mai 1896), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Maréville (poste créé), et placé dans la 2^e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 26 février 1898* : M. le D^r DESWARTÉ, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (concours de Lille du 5 mai 1896), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise) et placé dans la 2^e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 19 mars 1898* : M. le D^r ALLAMAN, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Blois ;

M. le D^r FENAYROU, médecin-adjoint de l'asile de Blois, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne) ;

M. le D^r PAIN, médecin-adjoint de l'asile de Naugeat, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Laroche-Gandon (Mayenne) ;

M. le D^r TOY, médecin-adjoint de l'asile de Laroche-Gandon, est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre.

— *Arrêté du 24 mars 1898* : M. le D^r J. DAGONET, médecin-adjoint de classe exceptionnelle, est nommé sur place médecin en chef à l'asile Sainte Anne, à Paris.

M. le D^r SÉRIEUX, médecin-adjoint de classe exceptionnelle faisant fonctions de médecin en chef, est nommé médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard ;

MM. les D^{rs} PACTET et TOULOUSE, médecins-adjoints de classe exceptionnelle faisant fonctions de médecin en chef, sont nommés sur place médecins en chef à l'asile de Villejuif.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la séance du 1^{er} mars 1898, l'Académie de médecine a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages

envoyés pour les concours des prix à décerner à la fin de cette année ; à la séance suivante — celle du 8 mars — elle a procédé à la nomination des commissions de ces prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse :

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Question : *Des myélites infectieuses au point de vue clinique et expérimental.*

N° 1. Devise : « *Felix qui potuit rerum cognoscere causas.* »

N° 2. Devise : « *Totus homo ex nativitate morbus est.* » (Hippocrate.)

Commission : MM. Cornil, François-Franek, Duguet.

PRIX BAILLARGER. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

N° 1. Internement des aliénés (thérapeutique et législation). — Les fétichistes pervers et invertis sexuels. (Observations médico-légales). — La folie à Paris (étude statistique, clinique et médico-légale), par M. le D^r Paul Garnier, de Paris.

N° 2. Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. — L'aliénation mentale, ses causes, ses dangers, ses traitements. — L'assistance des aliénés et l'organisation médicale des asiles, par M. le D^r Alexandre Pâris, médecin-chef de l'asile d'aliénés de Maréville.

N° 3. La question des aliénés criminels. — Devise : « *Et adhuc sub iudice lis est.* »

N° 4. L'aliénement dans les psychoses, par MM. les D^{rs} P. Cololian et R. Lalanne, de Paris.

Commission : MM. Laborde, Magnan, Motet.

PRIX CHARLES BOULLARD. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, eu en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

N° 1. Les psychoses. Leçons de clinique médicale ; psychoses et affections nerveuses, par le D^r Gilbert Ballet, de Paris.

N° 2. Les aliénés gâteux. — Devise : « *Nil humani a me alienum puto.* »

Commission : MM. Napias, Dumontpallier, Magnan.

PRIX ADRIEN BUISSON. — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

N° 2. Traitement de l'ataxie tabétique, deux mémoires, par M. le D^r Frenkel, de Heiden (Suisse).

Commission : MM. Javal, Lucas-Championnière, Fernet.

PRIX CIVRIEUX. — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

N° 1. Devise : « *Fac et spera.* »

N° 2. Devise : « *L'obsession et l'impulsion morbides sont de véritables stigmates psychiques de dégénérescence.* » (Magnan.)

N° 3. Devise : « *Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu.* »

Commission : MM. Empis, Cadet de Gassicourt, Magnan.

PRIX FALRET. — Question : *Les somnambulistes.*

N° 1. Devise : « *Vitam impendere vero.* »

Commission : MM. Brouardel, Lancereaux, Debove.

PRIX ERNEST GODARD. — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

N° 1. Etude clinique des formes anormales du tabes dorsalis, par M. le D^r Ingelrans (Léon), de Lille.

N° 2. Troubles et accidents de la ménopause; par MM. les D^{rs} Ch. Barbaud et A. Rouillard. — La puberté chez la femme, par MM. les D^{rs} Ch. Barbaud et Ch. Lefèvre, de Paris.

N° 4. Des hémorragies dans la neurasthénie. Séméiologie générale de l'estomac, par M. le D^r Ausset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Commission : MM. Kelsch, Hérard, Duguet.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

N° 1. Genèse et nature de l'hystérie (2 vol.), par M. le D^r Paul Sollier, de Boulogne-sur-Seine.

N° 2. Etudes neuropathologiques, par M. le D^r G. André, de Toulouse.

N° 3. Du tremblement à la paralysie (étude de séméiologie générale), par M. le D^r Ch. Binet-Sanglé, d'Angers.

N° 4. L'aliénation des jeunes soldats; sa prophylaxie, par M. le D^r Catrin, médecin-major de 1^{re} classe, à l'hôpital militaire de Valenciennes.

N° 5. Les hydrocéphalies, par M. le D^r L. d'Astros, de Marseille.

N° 6. Contribution à l'étude de la méningite en plaques chez l'adulte et chez l'enfant. Devise : « *Chantemesse.* »

N° 7. Les affections nerveuses systématiques et la théorie des neurones, par M. le D^r J.-M. Gerest, de Lyon.

Commission : MM. Dieulafoy, Huchard, Bucquoy.

PRIX DU BARON LARREY. — Ce prix est décerné à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

N° 1. Etude sur l'hérédité normale et morbide, par M. J. Orchanski, professeur de maladies nerveuses à l'Université de Charkow (Russie).

N° 5. Quelques considérations sur la fréquence des tares héréditaires chez les aliénés par M. le D^r Viallon, de Dijon.

N° 8. De l'alcoolisme en Normandie, sa statistique médicale. Devise : « *Omnia quæ scripsi vidi.* »

N° 9. Tableaux statistiques et rapport médical (pour l'année 1896), de l'asile d'aliénés de Saint-Ylie, par M. le D^r Samuel Garnier, de Dijon.

Commission : MM. Chauveau, Marty, Laboulbène.

PRIX PORTAL. — Question : *Des lésions des centres nerveux et des reins, causées par la toxine du tétanos et par celle de la diphtérie.*

N° 1. Devise : « *Facta, non verba.* »

N° 2. Devise : « *Ars longa, vita brevis.* »

N° 3. Devise : « *Per laborem.* »

Commission : MM. Dieulafoy, Trasbot, Roux.

PRIX SAINTOUR. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

N° 1. Le crâne des criminels, par M. le D^r A. Debievre, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

N° 2. Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne, par M. le D^r G. Roubinovitch, de Paris.

N° 9. Comment on peut apprendre à parler à un jeune semi-idiot non sourd-muet de naissance, par M. Auguste Boyer, professeur agrégé à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.

N° 13. Introduction à la médecine de l'esprit, par M. le D^r Maurice de Fleury.

N° 27. Le langage écrit, etc., par M. le D^r P. Kéraval, d'Armentières (Nord).

N° 32. Le cervelet, par M. le D^r A. Thomas, de Paris.

N° 33. De la toxicité de l'alcool (prophylaxie de l'alcoolisme), par M. le D^r André Antheaume, de Paris.

N° 35. Troubles nerveux d'origine hépatique, hépatotoxémie nerveuse, par M. le D^r Léopold Lévi, de Paris.

Commission : MM. de Lacaze-Duthiers, Duguët, Chatin (Joannès), Berger, Méguin.

PRIX VÉRONOIS. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

N° 2. L'alcoolisme, par M. le D^r Pepin, de Dinan.

Commission : MM. Monod (Henri), Gautier, Proust.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

29. *Un aliéné persécuteur.* — On lit dans le *Temps* (n° du jeudi 3 mars 1898) :

M. Alicot, député des Hautes-Pyrénées, demeurant boulevard Saint-Germain, a eu, hier matin, une désagréable surprise. Tandis qu'il se trouvait en conférence avec quelques amis dans son cabinet de travail, un individu, après avoir bousculé le domestique chargé de recevoir les visiteurs, a fait soudain irruption dans ce cabinet et a voulu se livrer à des voies de fait sur les personnes qui s'y trouvaient réunies. Presque aussitôt maîtrisé, le forcené fut remis entre les mains de deux gardiens de la paix auxquels M. Alicot fit savoir que ce singulier visiteur était un de ses compatriotes atteint d'aliénation mentale, nommé Jean Carrère.

M. Jean Carrère, qui est un ancien employé de la préfecture de la Seine, avait déjà été interné comme fou dans une maison de santé. Il y a quelque temps, son état s'étant amélioré, il fut rendu à la liberté et attaché à la mairie du 17^e arrondissement.

Ces jours derniers, M. Carrère fut de nouveau atteint d'une folie spéciale. Il se croyait un grand inventeur et écrivait à tous les députés et à tous les sénateurs pour appeler leur bienveillant intérêt sur ses inventions imaginaires.

« C'est ainsi qu'il avait écrit à M. Alicot, contre lequel, faute de réponse de l'honorable député, il avait conçu un certain ressentiment.

M. Jean Carrère a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt.

30. *Mélancolie suicide*. — M. Eugène R..., dessinateur, rue de Vaugirard, avait eu l'esprit fort affecté par les polémiques auxquelles donnent lieu, depuis trois mois, les événements qu'on connaît. Durant le procès Emile Zola, surtout, il s'était fait remarquer par l'empportement avec lequel il défendait, dans les conversations quotidiennes avec ses amis, le commandant Esterhazy. Même il avait failli être arrêté, un jour, à cause de ses manifestations tumultueuses dans la rue.

Dès le lendemain de l'issue du procès, M. Eugène R... donna des signes manifestes d'aliénation mentale. Le malheureux se croyait être le commandant Esterhazy.

Désormais, il fut en proie à des craintes continuelles. Il ne voyait partout qu'embûches et que traquenards. A toute heure il prenait des précautions nouvelles pour échapper à ses ennemis. Il portait jusque-là toute la barbe et les cheveux longs. Avant-hier, on le vit apparaître rasé complètement, cheveux et barbe, la tête ronde comme une boule.

— Si Picquart me reconnaît, il sera fin ! criait-il à pleine voix.

La nuit dernière, à l'insu de tous, il se leva avec précipitation.

— Ils viennent ! ils viennent perquisitionner, me tuer !

Et, en chemise, il alla ouvrir la fenêtre et se jeta dans le vide. Il se tua sur le coup.

Ce matin, à cinq heures, une bonne a trouvé le corps étendu sur la chaussée, baignant dans le sang. Elle a donné l'alarme. M. Lagailarde, commissaire de police du quartier de l'Odéon, prévenu immédiatement, a ouvert une enquête.

Coincidence curieuse : déjà, dans le même immeuble, deux femmes se sont jetées par la fenêtre et se sont tuées.

Cette nuit, vers une heure, la femme du concierge entendit un bruit sourd, comme d'un corps qui s'abattait sur le sol. Elle pensa aussitôt à un suicide. Elle fit part à son mari de sa supposition.

— Tu es folle, répondit celui-ci. Depuis qu'il y a eu deux suicides dans la maison, tu ne rêves que suicides ! Tu as rêvé !

Il n'avait d'ailleurs rien entendu. Il a été atterré, ce matin, à la nouvelle du troisième suicide accompli dans sa maison. (*Le Temps*, numéro du jeudi 8 mars 1898.)

31. *Un aliéné mystique*. — On lit dans le *Figaro*, numéro du jeudi 17 mars 1898 :

Un homme d'une quarantaine d'années, vêtu avec beaucoup de correction, entra hier matin à l'église Notre-Dame et venait s'agenouiller devant le maître-autel. Après une courte prière, il se leva et, s'adressant aux fidèles, il leur parla de la gloire de Dieu, dont il se prétendait le seul et unique représentant sur la terre.

Un des employés de l'église chercha à éloigner ce déséquilibré, mais celui-ci fit un tel scandale qu'on dut avoir recours à l'intervention des gardiens de la paix.

A la vue des agents, le dément entra dans une fureur indicible, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on put l'entraîner dehors.

Ce malheureux a été conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt. On n'a pu encore savoir ni son nom, ni son adresse.

32. *Impulsions homicides et suicide*. — On lit dans le *Figaro* (numéro du mardi 22 mars 1898) :

L'avant-dernière nuit, vers minuit et demi, le concierge de la maison n° 10, rue des Portes-Blanches, à Montmartre, se présentait au poste Dancourt, déclarant qu'une de ses locataires, M^{me} Prudence Cartier, âgée de cinquante ans, était devenue folle et menaçait de tuer tout le monde.

Des agents furent envoyés rue des Portes-Blanches. Mais, en les apercevant, la folle redoubla ses cris et, au moment où ils montaient l'escalier pour se rendre à sa chambre, elle ouvrit la fenêtre et se jeta du cinquième étage dans la rue.

Elle s'est brisé le crâne. La mort a été instantanée.

33. *Un évadé.* — On lit dans le *Figaro*, du mercredi 23 mars 1898 :

M. François Decoux, âgé de quarante-neuf ans, avait été interné à l'asile de Villejuif, il y a déjà quelque temps. Le 17 de ce mois, il parvint à s'évader et revint dans sa famille, 39 bis, rue de Châteaudun. Il raconta que les médecins l'ayant considéré comme entièrement guéri, lui avaient signé son « exeat ».

Mais, avant-hier soir, le malheureux fut pris d'un accès de folie furieuse. S'emparant d'une hachette, il brisa la vaisselle d'abord, le mobilier ensuite. Il avait fait un bûcher de tous les débris de ses meubles et se disposait à y mettre le feu, quand arrivèrent les gardiens de la paix qu'on avait couru chercher.

La capture du dangereux aliéné a été d'autant plus périlleuse qu'il était très difficile de l'approcher. Il faisait des moulins avec la hache dont il s'était armé. Ce n'est qu'après une lutte assez longue qu'on a pu s'emparer de lui. Il a fallu le ligotter pour le conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

34. *Le fou encombrant.* — Sous ce titre, le *Petit Temps* du samedi 26 mars 1898, raconte le fait suivant :

Vêtu d'une redingote noire, cravaté de blanc, chaussé de fines bottines vernies, un homme bâtissait, hier matin, une hutte de gazon dans une clairière de la forêt de Saint-Germain.

« Singulier costume pour une telle besogne » se dit un garde-chasse qui passait par là. Et il interpella l'inconnu. Mais, à la première question, celui-ci répondit par un éclat de rire, puis reprit la besogne un moment interrompue.

Le garde-chasse parla plus rudement, mais sans plus de succès : alors, impatient, il conduisit notre homme chez le maire de la plus prochaine commune.

Là, le pseudo-maçon consentit enfin à parler, mais tint des propos si incohérents que le maire ne douta pas qu'il eût affaire à un fou.

Qu'allait-on en faire ? le costume de l'inconnu, l'argent qu'il avait en poche, dénotaient un fou de qualité. La question, dès lors, était délicate. Cependant, une solution s'offrait : remettre l'homme aux gendarmes et n'y plus penser. Le maire envoya chercher les gendarmes, mais ceux-ci refusèrent nettement de se charger de l'aliéné.

Très ennuyé, le maire télégraphia à l'administration supérieure. La réponse ne se fit pas attendre ; mais elle ne fit qu'augmenter son embarras : on lui laissait le soin de résoudre la question.

De plus en plus perplexe, le magistrat réfléchit longtemps ; il convoqua les adjoints ; après mûre délibération, une solution fut adoptée. En cherchant dans le portefeuille du fou, on avait

fini par découvrir son nom : M. A..., et son adresse, faubourg Montmartre.

— Parbleu ! dit quelqu'un, il n'y a qu'à le ramener à Paris.

— Adopté, dirent les autres, et, flanqué du maire, de quatre conseillers municipaux et du garde champêtre, M. A... arriva hier soir faubourg Montmartre.

Mais là, nouvelle difficulté ; la concierge, lorsqu'elle vit arriver son locataire, poussa les hauts cris et ne voulut jamais consentir à le laisser monter chez lui.

— C'est un fou dangereux, s'écria-t-elle. On l'a enfermé deux fois déjà : s'il rentre ici, il va mettre le feu à la maison. Remenez-le vite !

Effectivement, M. A..., autrefois négociant, retiré maintenant des affaires avec une belle fortune, est, paraît-il, un aliéné généralement doux, mais quelquefois dangereux.

Il ne restait plus au maire et à ses compagnons qu'une ressource : s'adresser au commissaire de police. C'est ce qu'ils firent. Ils apprirent alors, avec stupéfaction, qu'en envoyant M. A... dans un asile d'aliénés, tous les ennuis dont ils se plaignaient leur auraient été épargnés.

Le commissaire l'a fait pour eux. Et une heure plus tard, maire et conseillers municipaux reprenaient le train un peu confus, mais beaucoup plus tranquilles.

35. *Le tireur intempestif*. — Dans la nuit de dimanche dernier, un jeune homme, resté inconnu, se trouvait avec un ami chez un marchand de vin de la rue de la Harpe. Il paraissait en proie à une vive surexcitation. Soudain, il sortit de sa poche un revolver et s'écria :

— Le premier qui arrive est le bon. Il faut que j'en tue un ce soir !

Au même instant, M. B..., ouvrier boulanger du voisinage, pénétrait dans l'établissement ; le jeune homme le visa et B... tomba, grièvement blessé. On le transporta à l'Hôtel-Dieu. L'autre prit la fuite, des agents à ses trousses. Comme un de ces derniers le serrait de près, il se retourna, déchargea une seconde fois son revolver et la balle érafla la jambe de l'agent. On ne put rejoindre le forcené.

M. Berthelot, commissaire de police du quartier de la Sorbonne, fit commencer des démarches.

La nuit dernière, des employés de commerce qui rentraient chez eux furent assaillis, rue de la Gaité, par un individu, qui blessa assez grièvement deux d'entre eux. Les agents purent s'emparer de celui-ci. Grâce à des dénonciations, on a pu établir l'identité de l'individu arrêté, rue de la Gaité et de celui qui avait échappé, rue de la Harpe.

C'est un jeune homme de dix-neuf ans, qui a déjà été

arrêté trois fois, pour blessures volontaires. C'est un esprit déséquilibré. Il est atteint de la dangereuse folie de vouloir, à tout propos et hors de propos, tirer des coups de revolver sur les passants.

M. Berthelot l'a fait immédiatement diriger sur le Dépôt. (Le *Temps*, numéro du vendredi 1^{er} avril 1898.)

36. *Quadruple homicide*. — On télégraphie de Kharkov (Russie) à l'*Agence Havas* (31 mars 1898) :

Un drame effroyable s'est déroulé dans le village de Stepanowka, district de Poutivl.

Un paysan, nommé Naoumenko, a tué, à coups de hache, sa femme et ses trois enfants âgés de dix à deux ans, ainsi qu'un voisin nommé Raidenko. Il a ensuite grièvement blessé sa belle sœur.

Le meurtrier paraît être en proie à un accès de folie.

37. *Tendance aux actes violents*. — L'*Aurore* du dimanche 9 avril 1898, raconte que, la veille, on avait envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, un individu qui, boulevard Sébastopol, arrêtait les passants, et, sans proférer une parole, tombait dessus à coups de canne, à coups de poing, puis prenait sa course et recommençait un peu plus loin.

Un passant se défendit et rossa son agresseur, qu'on reconnut pour être un fou, et qui fut conduit par des agents au commissariat.

38. *Tentatives d'homicide*. — On lit dans le *Temps*, numéro du jeudi 7 avril 1898) :

Un dessinateur connu, M. Tiret-Bognet, vient d'être conduit à l'infirmerie du Dépôt et sera probablement transféré aujourd'hui dans une maison de santé. Son état mental, sans être désespéré, est cependant très grave, et le malheureux artiste a dû être interné à la suite des plaintes de voisins, de colocataires et même de parents, qu'il menaçait dans les accès de folie dont il était subitement atteint.

M. Tiret-Bognet vint habiter rue Lepic, en face du Moulin de la Galette, voici deux ans. Il était convalescent, remis à peine d'une insolation contractée aux grandes manœuvres dont il rapportait, chaque année, les vivants croquis qui lui valurent sa réputation artistique. Mais le dessinateur ne put jamais se rétablir complètement, et aux crises de tristesse et d'abattement qui marquèrent d'abord sa maladie succédèrent, il y a quelques mois, des crises de surexcitation nerveuse au cours desquelles le pauvre artiste se livrait à mille excentricités dangereuses.

Le 18 mars dernier, M^{me} Tiret-Bognet vint trouver M. Dupuis, commissaire de police du quartier, et lui fit part des dangers auxquels l'exposait l'état mental de son mari. Générale-

ment très calme, d'esprit très lucide et travaillant alors avec son talent habituel, il se prenait souvent à délirer, criant et gesticulant. Il voulait, par exemple, recommencer la Saint-Barthélemy, menaçait d'une hache ses voisins ou ses amis, jetait des livres dans sa cheminée et, au risque d'incendier la maison, allumait de vastes brasiers. Mais son idée fixe était de recommencer avec sa femme le martyre de Jeanne d'Arc, et il voulait pour cela enduire de pétrole le corps de M^{me} Tiret-Bognet.

Au cours des scènes navrantes qui se produisirent, M^{me} Tiret-Bognet suppliait son mari de rester calme, l'implorait et demandait grâce : « Georges ! ne me tue pas ! » Mais le malheureux artiste frappait à coups de poing ou de pied, si bien que M^{me} Tiret-Bognet dut avertir le commissaire de police qu'elle allait se réfugier chez des amis. Le commissaire de police eut précisément alors le moyen d'intervenir.

L'artiste, en effet, se mit à sa fenêtre dimanche soir, à onze heures, et, armé d'une carabine de salon, il tira d'abord sur un bec de gaz dont il brisa les vitres, puis sur les passants. Il n'atteignit heureusement personne. Mais le lendemain, après avoir lu le rapport de ses agents, le commissaire de police convoqua pour hier matin M. Tiret-Bognet. Après avoir interrogé l'artiste, il lui expliqua que le préfet de police devait statuer sur un délit dont l'auteur était une personnalité parisienne sympathiquement connue. Puis M. Tiret-Bognet fut mis en voiture avec le secrétaire du commissariat et conduit à l'infirmerie du dépôt.

Le dessinateur ne voulait pas y entrer.

— Mais nous n'allons pas chez le préfet de police, par ici, disait-il.

Un médecin arriva, qui l'entraîna doucement. D'ailleurs, le malade a été très calme toute la journée d'hier et sans doute, grâce à des soins assidus, recouvrira-t-il bientôt sa lucidité d'esprit. Il travaillait encore la semaine dernière, et ses dessins n'accusent nullement, paraît-il, le trouble mental dont il était atteint.

39. *Mélancolie homicide et suicide.* — On télégraphie de Montpellier à l'Agence Havas (6 avril 1898) :

A Tourbe-Petit, village près de Pézenas, une dame Madeleine Goudal avait déjeuné tranquillement avec son mari et sa petite fille âgée de trois ans. Quand son mari fut parti pour les champs, la mère saisit un Lefauchaux, le chargea de deux cartouches et tira à bout portant sur sa fille, qui tomba la tête fracassée. Elle essaya ensuite de se tuer, mais la balle lui effleura seulement l'épaule, en brûlant ses vêtements.

Au bruit des détonations, les voisins accoururent. Madeleine

Goudal leur dit qu'elle avait voulu éviter à son enfant les misères de la vie. Son mari a dit qu'elle avait la monomanie du suicide et avait été déjà enfermée dans un asile.

40. *Agression violente.* — Le *Temps* (numéro du dimanche 10 avril 1898), rapporte le fait suivant :

Hier soir, vers les cinq heures, un homme d'une cinquantaine d'années, ayant la mise d'un employé endimanché, se présentait devant le concierge du Sénat et demandait à voir le Président de la République.

— Vous vous trompez, répondit le concierge qui le prit pour un provincial égaré. Le Président demeure au palais de l'Élysée. Prenez Batignolles-Clichy-Odéon avec correspondance, etc...

— Fichez-vous de moi ? fit l'autre, qui se mit subitement en colère. Je veux voir le Président et tout de suite. D'abord c'est mon parent. J'ai bien le droit de l'embrasser, après tout !

Il était clair que cet homme était fou.

— Allons, dit doucement le concierge, sortez, mon ami.

— Mon ami ! mon ami !

Et, brandissant hors de sa poche un couteau grand ouvert, le fou se jeta sur le concierge.

Heureusement pour ce dernier, deux huissiers du Sénat assistaient à la scène. Une bagarre se produisit ; mais le fou, malgré sa force décuplée par la rage, fut au bout d'un instant désarmé et maîtrisé. On le conduisit au commissariat de police du quartier de l'Odéon, tout voisin.

Le magistrat, M. Lagaillarde, pour calmer le forcené, que trois hommes avaient peine à tenir, lui dit d'excuser les manières des huissiers du Sénat, et l'assura qu'on allait le conduire immédiatement auprès du Président de la République.

— En voiture ? demanda l'autre.

— En voiture, répondit le magistrat.

Le fou refit alors soigneusement, devant une glace, le nœud de sa cravate, demanda une brosse, brossa ses habits, puis monta avec empressement dans un fiacre, qu'on était allé quérir. Le fiacre se dirigea vers le Dépôt, section de l'infirmerie spéciale.

Le malheureux est un nommé Julien Garnier, âgé de cinquante-trois ans, ancien gardien au Musée du Louvre.

LES MÉFAITS DE L'ALCOOL (*suite et fin*).

99. *Impulsions homicides.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mardi 22 février 1898) :

Un ouvrier sertisseur, Clément Fruitier, âgé de vingt-neuf ans, demeurait, depuis son mariage avec une employée de com-

merce de son quartier, rue Auguste-Barbier, 2. Avec les deux époux habitaient la mère de la jeune femme, M^{me} Monteiller, âgée de cinquante-huit ans, et son frère, Emile, apprenti bijoutier. Les deux beaux-frères travaillaient dans la même maison, une importante fabrique du quartier du Temple.

Toute la famille faisait un excellent ménage. Clément Fruitier avait une grande estime pour sa belle-mère, et l'argent qu'il gagnait suffisait pour entretenir l'aisance dans la maison. Mais, paraît-il, l'ouvrier sertisseur aimait à boire.

Hier matin, vers six heures, Clément Fruitier se leva, comme à l'ordinaire; il pénétra dans la cuisine.

Sa belle-mère vaquait déjà aux soins du ménage.

Fruitier prit le marteau qui servait à briser le charbon, se précipita sur sa belle-mère et la frappa d'un coup formidable sur la tête. La malheureuse s'affaissa. M^{me} Fruitier et son frère, Emile, accoururent au bruit. Le fou se tourna contre eux, l'arme haute, terrassa son beau-frère, terrassa sa femme. Il ne cessa de frapper que lorsque ses trois victimes furent étendues sur le sol, baignant dans leur sang, sans connaissance.

Toujours armé de son marteau, il descendit alors dans la rue en se jetant sur la première personne qui passa. Heureusement ce fut un vigoureux ouvrier, M. Adolphe Arnault, qui lui résista, put le désarmer, appela des agents et le leur remit. M. Daltroff, commissaire de police du quartier, chez lequel il fut amené, l'expédia à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Un docteur, M. Parisot, fut appelé qui reconnut l'état grave des victimes et les fit transporter à l'hôpital Saint-Louis, M^{me} Monteiller, la belle-mère de Fruitier, est la plus grièvement blessée.

100. *Ivresse furieuse* — On nous mande de Brest qu'une veuve Pleyber, débitante de vins à Brest, était courtisée depuis un an environ par le nommé Richard, soldat au 6^e régiment d'infanterie de marine, qui voulait l'épouser. Vendredi soir il devint plus pressant et fut éconduit une dernière fois par la veuve qui lui déclara vouloir rompre définitivement.

Richard sortit furieux et, après avoir absorbé successivement, dans un débit voisin, trois absinthes pures, il revint le sabre-baïonnette au poing, chez la veuve Pleyber et voulut la frapper. Elle put esquiver les coups et se sauva, poursuivie par le forcené.

Des voisins et des agents accoururent et se rendirent maîtres de Richard, qui fut conduit au violon. Il s'en évada dans la nuit, se rendit aux baraquements du 6^e de marine, y prit son fusil, deux paquets de cartouches et, après avoir franchi le treillage en fil de fer qui entoure le campement, revint

au domicile de la dame Pleyber. L'un des agents qui guettait son retour ouvrit la croisée. Richard, à sa vue, épaula et lui tira un coup de fusil sans l'atteindre.

Il se précipita ensuite dans la chambre par la croisée restée ouverte et, apercevant sa maîtresse qui s'enfuyait affolée, il fit feu une seconde fois. Le canon de l'arme ayant été détourné par l'agent, la balle atteignit la veuve au bas des reins. Après une lutte terrible, Richard fut enfin mis hors d'état de nuire. Cet homme, qui est originaire du département de la Vienne, est âgé de vingt-six ans. La veuve Pleyber en a vingt-quatre. (Le *Temps*, numéro du lundi 28 mars 1898).

RÉSUMÉ. — C'est dans le numéro des *Annales* de novembre 1896, que nous avons commencé la publication des cas de crimes et délits produits par l'alcool, que nous trouvions dans les journaux ou que voulaient bien nous envoyer des correspondants bénévoles. En moins de dix numéros, nous avons ainsi recueilli cent faits, dont il nous paraît intéressant de dresser la statistique. Voici celle que nous avons établie par ordre de fréquence :

Condamnations pour ivresse, outrages aux agents, etc.	22
Tentatives d'homicide, coups et blessures.	20
Homicide	17
Agressions violentes, rixes, mauvais traitements.	12
Actes excentriques ou délictueux.	11
Suicide	8
Mort par accident ou par ivresse, etc.	6
Homicide et suicide.	2
Divers	2
Total.	100

Cette petite statistique, faite à l'aide de cas pris en quelque sorte au hasard, paraîtra suffisamment édifiante; elle donne sérieusement à réfléchir. Nous laissons à nos lecteurs le soin d'en tirer des conclusions, qui se tirent pour ainsi dire d'elles-mêmes.

Dans les conférences populaires contre l'alcoolisme, on a pris l'excellente habitude de démontrer, à l'aide de planches coloriées, les ravages que fait l'alcool dans les diverses parties de l'organisme. Il nous semble que la démonstration de ses méfaits sociaux, à l'aide de chiffres statistiques, aurait une non moindre portée. La grande majorité des crimes monstrueux, tels que le parricide, l'uxoricide, etc., ne sont-ils pas le fait d'alcooliques? Les impulsions au meurtre et aux agressions

violentes n'ont-elles pas, pour la plupart, leur origine dans le verre d'absinthe quotidien ?

Aujourd'hui, heureusement, la lutte contre l'un des plus grands fléaux du siècle est engagée et se poursuit activement. Partout des ligues se forment qui fondent des Bulletins, des Revues, etc. C'est à ces publications périodiques qu'il appartient de continuer l'enquête commencée par les *Annales*.

Nous souhaitons vivement que, grâce au dévouement des conférenciers, aux efforts des Sociétés de tempérance, le genre de documents dont nous avons recueilli une si riche moisson en si peu de temps, devienne de plus en plus rare. La diminution de la criminalité par l'alcoolisme amènerait nécessairement une diminution très sensible dans le chiffre de la criminalité générale. N'est-ce pas là, le but à atteindre ? Et la solution de ce grave problème d'hygiène sociale ne ferait-elle pas le plus grand honneur à notre époque ? — A. R.

TRIBUNAUX

Casseur de vitres. — Adolphe Seurant, une vieille connaissance de la correctionnelle, où l'a conduit déjà dix-huit fois sa manie de casser les vitres de ceux dont il croit avoir à se plaindre, comparait hier de nouveau en police correctionnelle, sous la prévention de bris de clôture.

Pendant des années, Seurant a brisé quantité de carreaux à l'hôtel de Bari et à la banque Worms, 45, boulevard Haussmann. Toujours, pour se faire rendre justice ; de quoi ? C'est ce que l'on ne sait jamais bien au juste. Si Seurant ne se lasse pas de casser les vitres, la justice, de son côté, ne se lasse pas de le condamner.

Pour la dix-neuvième fois, Seurant s'entend condamner à huit mois de prison et 50 francs d'amende. Ainsi qu'il l'a annoncé, il recommencera au mois d'octobre prochain. (*Le Temps*, numéro du dimanche 20 février 1898.)

Le voleur du Musée Hohenzollern, à Berlin, acquitté pour cause de folie. — *Le Petit Temps* (numéro du dimanche 6 février 1898) rend compte de ce procès ainsi qu'il suit :

Il y a un an, le vol commis dans le musée Hohenzollern fit grand bruit. Un audacieux voleur avait réussi à s'emparer de plusieurs objets précieux ayant appartenu à la reine Louise de Prusse. Après de longues recherches, on finit par arrêter le coupable, un nommé Adolphe Katz, dangereux récidiviste qui avait encouru un peu partout des condamnations pour vol.

Au début de l'instruction, certaines excentricités du prévenu frappèrent le juge qui envoya Katz en observation dans un établissement d'aliénés. Les médecins déclarèrent que le pré-

venu était atteint d'un grave dérangement cérébral lui enlevant complètement la responsabilité de ses actes. Katz aurait donc bénéficié d'un non-lieu si, brusquement, échangeant d'attitude, il n'avait pas déclaré qu'il avait simulé la folie, mais qu'en fin de compte il préférerait encore aller en prison que d'être interné comme fou. Le juge ajouta foi à cette déclaration et hier Katz comparaisait devant la 4^e chambre.

Comme l'a dit le président, la vie du prévenu est un véritable roman. Fils d'un médecin, Katz reçut une bonne instruction ; il préféra néanmoins apprendre le métier de confiseur : il voyagea à cet effet en France et en Angleterre. Incorporé dans un régiment badois, il fut en perpétuel conflit avec les règlements militaires ; puni disciplinairement d'abord, il passa ensuite devant le conseil de guerre, fut dégradé et, pendant son transport à la maison d'arrêt, fit une tentative d'évasion qui lui valut un coup de feu à travers le corps.

Une seconde fois, il fut plus heureux : il réussit à gagner la frontière et, après un court séjour en Amérique et à Paris, Katz revint se faire prendre à Stuttgart. Condamné à cinq ans de travaux publics, le déserteur expia sa peine, puis vint à Berlin. Il nous dit lui-même dans son interrogatoire quels étaient ses projets :

Le prévenu. — J'avais l'intention de voler le musée Hohenzollern pour acquérir le moyen de réaliser mes grands projets.

Le président. — Vous aviez, n'est-ce pas, élaboré un plan pour dévaliser le trésor de guerre enfermé dans la citadelle de Spandau ?

Le prévenu. — Certainement, il n'y a pas de quoi rire, la chose est très simple !

Le président. — Voyons, Katz, cela me paraît un peu plus difficile que vous ne le croyez.

Le prévenu. — Mon plan était génial. Il me suffisait de me procurer les papiers d'un sous-officier pour me faire engager à la citadelle de Spandau. Avec 20 ou 30 mille marcs, j'aurais loué une maison dans le voisinage de la citadelle et j'y aurais installé une entreprise de roulage. Comme sous-officier, on m'aurait confié un jour ou l'autre la garde de la tour où se trouve le trésor de guerre, mes complices auraient facilement eu raison des hommes de garde et, après les avoir solidement garrottés, ils auraient revêtu leurs uniformes. En une nuit, nous aurions dévalisé la tour et emporté les millions.

Le président. — Ce que vous dites-là, Katz, est absolument ridicule.

Le prévenu. — Monsieur le président, si l'on ne m'avait pas arrêté, j'aurais réalisé mon plan.

L'accusé maintient ensuite avec le plus grand sérieux qu'il

aurait dévalisé l'imprimerie impériale, puis les principaux musées de Berlin. Il avait aussi, paraît-il, l'intention de faire sauter le train impérial !

Après cet interrogatoire, le président a donné la parole au médecin cité comme expert qui a conclu à la folie du prévenu, folie remontant à sa plus tendre enfance et lui enlevant absolument la responsabilité de ses actes. Malgré les protestations de Katz, soutenant toujours qu'il n'était pas fou, le tribunal l'a acquitté et décidé qu'il serait interné dans un établissement d'aliénés.

FAITS DIVERS

Un drame dans un asile d'aliénés. — Dimanche dernier, un gardien de l'asile d'aliénés de Maréville ayant vu un aliéné, en traitement depuis deux ans, qui cherchait à s'évader, le repoussa violemment et lui lança un coup de pied dans les reins ; le lendemain, le fou, qui avait été transporté à l'infirmerie, mourait à la suite de lésions internes.

Le parquet de Nancy a délivré un mandat d'arrêt contre le gardien. (*Le Temps*, numéro du vendredi 11 mars 1898.)

Evasion d'un aliéné dangereux. — Le correspondant de Perpignan du *Temps* (numéro du mardi 5 avril 1898), télégraphie que Charles Puy, qui en voulant tuer l'évêque de Perpignan, tua le concierge de l'évêché et blessa grièvement à coups de revolver le chanoine Rabaut, secrétaire de l'évêque, vient de s'évader de l'asile d'aliénés de Limoux où il avait été interné (V. le dernier numéro des *Annales*, p. 340). Des mesures sont prises pour préserver l'évêque de Perpignan et le curé de Baixas que Puy menaçait constamment de tuer. Puy est activement recherché par les brigades de gendarmerie de l'Aude et des Pyrénées-Orientales. Il est parti sans argent.

Quelques jours après, les journaux annonçaient que Charles Puy avait été arrêté, à Sauto, près Mont-Louis, chez l'abbé Puy, son cousin. Le fou était à table. Il n'opposa aucune résistance, car il était sans armes. Mais lorsqu'on lui demanda son nom, il affirma s'appeler Georges, régisseur à Béziers. D'aucune façon, on ne put lui faire avouer son véritable nom. Interrogé sur les moyens qu'il avait employés pour s'évader, il n'a voulu rien dire.

Suicide à la dynamite. — On télégraphie de Decazeville au *Figaro* (numéro du 10 avril 1898) :

M. Vaurieux, maître mineur aux mines de plomb argentifère de Saint-Martin-de-Bouillac, âgé de vingt-trois ans, s'est suicidé à l'aide d'une cartouche de dynamite appuyée sur la tempe. Vaurieux est mort après cinq heures de souffrances.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE VII^e VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

	PAGES
La médecine mentale au Congrès de Moscou. Réponse à M. le professeur de Krafft-Ebing; par le D ^r J. Christian.	5

II. — Psychologie morbide.

Génie et folie. Réfutation d'un paradoxe; par le D ^r A. Regnard	16, 177 et 353
--	----------------

III. — Pathologie.

Considérations cliniques sur la parenté des névroses et des psychoses; par le D ^r René Serrigny.	35 et 227
Du réflexe patellaire étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale; par le D ^r Marandon de Montyel.	196
Epidémie de folie religieuse au Brésil; par le professeur Nina-Rodriguez.	371
Un cas de paramyoclonus multiplex associé à l'épilepsie; par les D ^{rs} S. Garnier et Santenaise	393

IV. — Médecine légale.

De la criminalité chez les aliénés du département de l'Aveyron; par les D ^{rs} J. Ramadier et A. Fenayron	63, 233 et 402
--	----------------

V. — Revue critique.

De l'épilepsie au point de vue clinique et médico-légal; par le D ^r Paul Kovalevsky.	77, 252 et 415
---	----------------

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance du 25 octobre 1897. — Mort de MM. Luyt et Camuset. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Thibaud, Sanjuan, Deny, Bélières, Kéraval, Miguel Bombarda. — Rapport

	PAGES
médico-légal sur un persécuté-persécuteur homicide et suicide : M. Legras.	94
<i>Séance du 29 novembre 1897.</i> — A propos du procès-verbal : MM. Christian, Paul Garnier. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Becbterew, van der Litb, Paul Garnier. — No- mination de la commission des membres titulaires. — Présenta- tion d'appareil : M. Febvre. — Rapport de M. Tagnet sur la candidature de M. Kéraval ; élection. — Simulation préventive de la folie : MM. Vallon, Séglas. — Un cas de paralysie géné- rale juvénile d'origine hérédo-syphilitique : MM. Paul Sollier, Charpentier, Arnaud, Vallon, Christian, Briand, J. Voisin. . .	108
<i>Séance du 27 décembre 1897.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Joffroy, Dupain, Kéraval, Fritz Sano, von Krafft-Ebing, Roberto Massalongbo. — Rapport de M. P. Sollier sur les candidatures à trois places de membres titulaires ; élection du MM. Boissier, Brunet et Deny. — Election du bureau de 1898. . .	274
<i>Séance du 31 janvier 1898.</i> — Mort de M. Mesnet : M. Paul Garnier. — Installation du bureau : MM. Paul Garnier, Meuriot. — Cor- respondance et présentations d'ouvrages : MM. Boissier, Deny, Dheur, Meige, Noir, Sokalsky, Mairret, Vires, Védie. — Nomina- tion de la commission du prix Aubanel. — Simulation préventive de la folie (<i>suite</i>) : MM. Séglas, Paul Garnier, Vallon.	278
<i>Séance du 28 février 1898.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Leroy, Aug. Voisin, Bateman. — Rapport de M. Moreau (de Tours) sur la candidature de M. Dheur ; élection. — Rapport de M. René Semelaigne sur la candidature de M. Henry Meige ; élection. — Rapport de M. P. Sollier sur la candidature de M. Julien Noir ; élection. — Rapport de M. Roubinowitch sur la candidature de M. Sokalsky ; élection. — Quelques ré- flexions générales à propos de la paralysie générale juvénile : † MM. E. Régis, Christian. — Les lésions de la paralysie géné- rale, étudiées par la méthode de Nissl : MM. Gilbert Ballet, Charpentier, Aug. Voisin, Briand.	424
<i>Séance du 28 mars 1898.</i> — Correspondance et présentations d'ou- vrages : MM. Dheur, Henry Meige, J. Noir, Sokalsky, Legras, Nina-Rodríguez, Dejardin, Miguel Bombarda. — Rapport de M. Boissier sur la candidature de M. Leroy ; élection. — Rap- port sur l'ouvrage de MM. Mairret et Vires sur la paralysie générale : M. Charpentier. — Anatomie pathologique et éti- ologie de la paralysie générale : MM. Daniel Brunet, Christian, Sollier, Aug. Voisin, Gilbert Ballet, Raffegnan.	460

II. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX ALLEMANDS (1894).

(Anal. par le Dr AL. ADAM.)

Alexie avec bémianopsie droite homonyme.	291
Tubercule isolé de la calote du pédoncule cérébral droit avec dégé- nescence du ruban de Reil.	295
Étiologie de la maladie de Basedow.	296
Analgésie du nerf cubital comme symptôme de tabes.	297
Rapports entre l'anesthésie ordinaire et l'anesthésie sensorielle. .	298
Histologie de la sclérose disséminée du cerveau et de la moelle épinrière.	300
L'astasia-abasie et son traitement.	302
Sensation auditive subjective dans l'état hypnagogique.	303

	PAGES
Méthode simple pour constater l'hémianopsie.	805
Paralysie spinale spasmodique, manifestation d'une affection syphilitique héréditaire du système nerveux central.	806
Sonorité et percussion des os du crâne et de la colonne vertébrale comme moyen de diagnostic des maladies nerveuses.	809
De l'amok.	810
Atrophie musculaire dégénérative dans la paralysie générale.	811
Signification clinique de la craniotomoscopia.	812
Voies de transmission de la sensibilité dans la moelle épinière.	814
Méthode de Frenkel dans le traitement du tabes dorsalis.	814
Distribution du sang dans la protubérance, les pédoncules cérébraux et le noyau de l'oculomoteur.	815
Administration simultanée des bromures et de l'adonis vernalis dans l'épilepsie.	816
Récidive et diplégie dans la paralysie faciale dite rhumatismale.	817
Amyotaxie cérébrale.	820

JOURNAUX ANGLAIS (1895).

(Anal. par le Dr PONS.)

Assistance publique des aliénés à Berlin et en Ecosse.	485
Sulfates dans l'urine des paralytiques généraux; leur rapport avec les attaques survenant chez ces malades.	489
Lésions dégénératives du système artériel chez les aliénés avec remarques sur la nature de l'épendyme granuleux.	490
Alimentation thyroïdienne dans la folie.	493
La folie chez les naturels de l'Afrique méridionale.	495
Cas de catalepsie avec silence prolongé, alternant avec la verbification.	495
Trois cas de guérison de mélancoliques après une période d'une longueur anormale.	496

III. — Bibliographie.

Treizième rapport annuel du comité de l'aliénation mentale au Bureau des charités publiques de l'Etat de Pensylvanie, 1895 (Anal. par le Dr A. Cullerre).	181
Troisième rapport annuel du bureau des administrateurs de la colonie de Craig, pour l'année 1896 (Anal. par le Dr A. Cullerre).	182
Deux cas de goitre exophtalmique traités l'un par l'électricité, l'autre par l'ingestion de thymus de veau (Anal. par le Dr A. Cullerre).	183
Etat de New-York. Septième rapport annuel de la Commission d'Etat des aliénés pour l'année fiscale 1894-1895 (Anal. par le Dr A. Cullerre).	184
La craniométrie et la céphalométrie dans leurs rapports avec l'idiotie et l'imbécillité; par le Dr Frederick Peterson (Anal. par le Dr A. Cullerre).	184
De l'interdépendance fonctionnelle des centres corticaux du langage; par Fritz Sano (Anal. par J. Soury).	185
De la paralysie générale. Etiologie. Pathogénie. Traitement; par les Drs Malret et Viret (Anal. par le Dr V. Parant).	328
Contribution clinique et anatomique à l'étude du cysticercue du cerveau humain; par Guido Gianni (Anal. par J. Soury).	497
Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant l'année 1897; par le Dr Th. Taty.	501
Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne; par le Dr Ronbinowith (Anal. par le Dr A. Cullerre).	504

	PAGES
La démence paralytique chez des imbéciles, par le Dr Luigi Capelletti (Anal. par le Dr J. Soury).	505
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.	139, 327 et 507

IV. — Variétés.

Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. Goujon, Raymond, Rebatel, M ^{lle} Marguerite Bottard, MM. Guilbert, Sizaret, Gnyot, Toy, Allaman, Monestier, J. Falret, Charpentier, Séglas, Chaslin. — Visite du Président de la République à l'hospice de Bicêtre. — Cérémonie de la remise de médailles d'argent à deux religieuses de la Maison nationale de Charenton. — Prix de l'Académie de médecine. — Martyrologe de la psychiatrie (<i>suite</i>). — Les aliénés en liberté. — Les méfaits de l'alcool (<i>suite</i>). — Musée psychiatrique et neurologique de l'Académie impériale de médecine de Saint-Petersbourg. — Faits divers. — Nouveau recueil périodique.	142
Nominations et promotions : MM. Antheaume, Dagonet. — Nécrologie : E. Mesnet. — Visite du Président de la République à l'asile Sainte-Anne. — Concours public pour la nomination à la place de médecin-adjoint du service des aliénés à l'hospice de Bicêtre. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — Les méfaits de l'alcool (<i>suite</i>). — Faits divers. — Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. Session d'Angers (1898).	329
Nominations et promotions : MM. Fenayrou, Lalanne, Deswarte, Allaman, Pain, Toy, J. Dagonet, Sérienx, Pactet, Toulonse. — Prix de l'Académie de médecine. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — Les méfaits de l'alcool (<i>suite et fin</i>). — Tribunaux. — Faits divers.	509
Table des matières du tome VII de la 8 ^e série	524

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.